WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XII. WARSZAWA, PAŹDZIERNIK 1938 R. NUMER X.

P R A C E O R Y G I N A L N E

O POWSTAWANIU I LECZENIU NADCZYNNOŚCI TARCZYCY ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM WIEKU MŁODZIEŃCZEGO.

podała

DR. ELEONORA REICHER.
docent Uniw. J. P.

Badania lat ostatnich wykazały, że przyczyny zaburzeń tarczycy nie są jednolite, gdyż wydzielanie tego gruczołu dokrewnego, działającego kształtująco nie tylko na stan fizyczny, ale i na stan psychiczny, zależy od całego szeregu różnorodnych czynników, jak działanie innych gruczołów dokrewnych, wpływy układu wegetatywnego, żywienia, klimatu itd. Świadomość tego stanu rzeczy posiada doniosłe znaczenie dla racjonalnego leczenia tak stanów jawnych, całkowicie wykształconych zespołów, zmniejszonego i zwiększonego wydzielania tarczycy, jak może jeszcze więcej dla częstszych klinicznie zespołów jej dyskretnych zaburzeń.

Tarczyca jest nierozłącznie zespolona z innymi narządami wewnątrz - wydzielniczymi i otrzymując od nich impulsy wpływa na ich wydzielanie. Na wydzielanie tarczycy posiada w pierwszej linii doniosły wpływ przysadka mózgowa dzięki tyreostymulinie wykrytej przez Ar o n a. Tyreostymulina reguluje prawidłową czynność tarczycy, jej wzmożone wydzielanie wyrzuca tyroksynę z tarczycy i powiększa jej poziom we krwi. Po usunięciu przysadki następuje zanik tarczycy, która reaguje zanikiem także na zmniejszone wydzielanie tyreostymuliny. Ze swej strony tarczyca wpływa na przysadkę, gdyż przy jej braku lub zmniejszonym wydzielaniu przerasta przedni płat przysadki mózgowej.

Duże znaczenie kliniczne posiada wzajemny stosunek tarczycy do nadnerczy i układu wegetatywnego. Z doświadczeń zwierzęcych wynika, że tyroksyna działa uczulająco na działanie adrenaliny, gdyż po wstrzyknięciu tej ostatniej ciśnienie krwi jest znacznie wyższe, jeżeli zwierzęta uprzednio otrzymały tyroksynę. Nadnercza ze swej strony działają również na tarczycę przy czym różny jest wpływ części korowej i części miąższowej; pierwsza działa pośrednio za pośrednictwem kwasu askorbinowego, który przeciwdziała wydzielaniu tyreostymuliny, a więc zmniejsza wydzielanie tarczycy, druga za pośrednictwem adrenaliny, pobudzającej układ współczulny, a więc i tarczycę.

Antagonistyczny stosunek tarczycy i trzustki wyraża się w ich działaniu na przemianę węglowodanową: hormon trzustki - insulina zatrzymuje glikogen w wątrobie, hormon tarczycy — tyroksyna wyrzuca go do krążenia.

Szczególnie ważny jest stosunek łączący tarczycę z jajnikami. Po usunięciu tych ostatnich powiększa się tarczyca i powiększa się podstawowa przemiana materii; odwrotnie przy zmniejszonym wydzielaniu

tarczycy zmniejsza się wydzielanie gruczołów płciowych.

Według klinicznych spostrzeżeń Sochańskiego wpływ tarczycy wybija się szczególnie na plan pierwszy wtedy, gdy potrzebne, jest wzmocnienie słabnącego impulsu gruczołów płciowych, uczulenia ustroju, wobec słabnącej siły ich działania.

Jednakże ta funkcja nie jest zależna tylko od tarczycy, ale od przysadki i od nadnerczy. Wystąpienie na plan pierwszy działania tarczycy w chwili gdy zaczyna zmniejszać się wydzielanie gruczołów płciowych, nadaje szczególne cechy obrazowi przekwitania nietylko kobiecemu, ale i męskiemu. Nerwowość tego okresu, występująca nietylko u kobiet, ale i u mężczyzn, jest wyrazem wyrównawczego działania tarczycy. W świetle nowszych badań jest jednak możliwe, że te wszystkie, przypisywane tarczycy objawy okresu przekwitania, szczególnie częstość występowania choroby Basedowa u kobiet w tym czasie, jest raczej wywołana wzmożonym wydzielaniem hormonów przedniego i tylnego (nadciśnienie) płata przysadki mógowej, a między nimi i hormonu tyreotropowego, pobudzającego wtórnie tarczycę. Nie można się jednak oprzeć wrażeniu, że psychologiczne spostrzeżenia Sochańskiego, są słuszne, gdy mówi on o nadwyżce tarczycowej u pewnych grup kobiet i mężczyzn, których płciowość ma cechy swoiste, jakby wymuszone przez tarczycę. Są to ludzie żywi, szczupli, mający cechy tarczycowe, pozornie płciowo rozbudzeni i czynni, ale u których błyszczące zewnętrzne pozory pokrywają chłód płciowy i mniejszą zdolność rozrodczości.

Nasuwa się myśl, że w tych przypadkach pewna mniejsza wartościowość gruczołów płciowych jest bodźcem, rozbudzającym tarczycę, której wpływ zewnętrznym swym blaskiem, kryje braki dokrewne układu płciowego, a równocześnie drażniąc psychicznie pobudza ośrodki erotogenne i przy ich pomocy wpływa na wyrównawczy wzrost czynności mniej sprawnych gruczołów płciowych.

Odpadnięcie działania tarczycy zdradza się u człowieka przede wszystkim brakami psychicznymi, apatią uczuciową i intelektualną, nadaje człowiekowi, pozbawionemu wpływów tarczycy, swe charakterystyczne piętno; u zwierzęcia pozbawionego wpływów tarczycy występują również cechy podobne, apatia, brak chęci do ruchu, zmniejszenie dynamicznych cech życia. Poza wpływem dynamicznym na psychiczne procesy życiowe, największe znaczenie przypada wpływowi tarczycy na wzrost i na procesy przemiany materii.

Brak tarczycy u zwierząt młodych, hamuje wzrost, bujanie komórek chrząstkowych nasad kostnych jest wadliwe i kostnienie chrząstki odbywa się nieprawidłowo. Bardzo jest ciekawe, że nietylko brak, ale i nadmiar hormonu tarczycy, powoduje zahamowanie wzrostu. Dzieje się to prawdopodobnie dlatego, że przy nadmiernej czynności tarczycy procesy biologiczne, twórcze, są uniemożliwione tak samo, jak są one zwolnione przy braku hormonu tarczycowego. Z drugiej znowu strony nadmiar hormonu ogranicza czynność tarczycy tak dalece, że mogą na tym tle wystąpić zmiany histologiczne tkanki gruczołowej. Spostrzeżenie to ma wielkie znaczenie praktyczne , gdyż wskazuje, że przy długotrwałym leczeniu tarczycą, mogą w końcu wystąpić, albo nawet się wzmocnić, objawy hypotyreozy.

Wzrost tarczycy i jej rozwój nie jest równomierny. W pewnych okresach życia, jak w dzieciństwie, rośnie ona wolno w okresie dojrzewania waga jej powiększa się szybko, później jest znowu zahamowana. Te wahanie w rozwoju tarczycy spowodowane są prawdopodobnie różnymi zapotrzebowaniami jej wydzieliny w różnych okresach życia.

W zależności od periodycznego rozwoju tarczycy występuje także różna wrażliwość ustroju w stosunku do produktów jej wydzielania. *Dziecko reaguje nieznacznie na doprowadzenie tyroksyny, wrażliwość powiększa się w okresie dojrzewania, jest największą w wieku średnim szczególnie u kobiet.*

Brak, lub niedostateczna czynność tarczycy wyraża się w charakterystycznych zmianach skóry, prowadzących do obrzęku t. zw. śluzowego, powodującego zmiany skóry, jej niedostateczne uwłosienie, wypadanie włosów etc.

Szczególnie charakterystyczną cechą niedostatecznego działania tarczycy jest zmniejszenie procesów spalania, zmniejszenie podstawowej przemiany materii, zmniejszenie wydzielania N, świadczące o mniejszym spalaniu białka, zmniejszenie spalania węglowodanów i mniejsza odbu-

dowa glikogenu, jak to wynika z niskiej krzywej cukru, po wstrzyknięciu adrenaliny.

Nastawienie całej przemiany materii na poziom niski, pociąga za sobą obniżenie ciepłoty, odkładanie się tkanki tłuszczowej i wzrost wagi. Przemiana wodna i przemiana mineralna, ulegają również zmianom, gdyż tarczyca należy do rzędu gruczołów, usuwających wodę z ustroju. Przy braku jej wpływu, wydzielanie wody i chlorków jest zwolnione z powodu silniejszego związania wody i chlorków z tkankami. Tarczyca wywiera wpływ życiodajny na wszystkie tkanki, wpływa na zdolność regeneracyjną, która się zmniejsza po jej usunięciu, powiększa siłę fagocytarną leukocytów, która u zwierząt pozbawionych tarczycy jest również mniejsza, niż u zwierząt normalnych, zwiększa więc tym samym odporność w stosunku do chorób zakaźnych, wreszcie wzmaga odporność ustroju w stosunku do jadów, jak to wynika z wzmożonej wrażliwości myszy, pozbawionych tarczycy na zatrucie acetonitrylem. Jednakże, pomimo, że brak tarczycy oszczędza tkanki, wzmaga się jednak ich zużycie, gdyż występują przedwczesne objawy miażdżycy, objawy zwyrodnienia w mięśniu sercowym, w nerkach i w centralnym układzie nerwowym.

Wszystkie te objawy wypadowe posiadają jednak charakter zwrotny i mogą minąć tak u ludzi, jak i zwierząt, po zastosowaniu czynnego wyciągu tarczycy. Ustępują one miejsce objawom wręcz odwrotnym, jeżeli wyciągu zastosowano za dużo. lub gdy działanie jego było niedostateczne.

Od czasów Baumanna, który odkrył, że tarczyca zawiera jod, Kendalla, który izolował tyroksynę, Harintona, który zbadał jej konstytucję, aż do badań Abelina i Schoenbergera, którzy wykryli, że prócz tyroksyny tarczyca wydziela jeszcze dwujodotyrozynę, ciało zawierające jod, ale o działaniu antagonistycznym do tyroksyny, niezmiernie liczna badania starały się ustalić znaczenie jednej i drugiej dla ustroju.

Badania te wykazały przede wszystkim, że tyroksyna, pozbawiona jodu, nie posiada już swej najistotniejszej biologicznej właściwości podwyższania procesów spalania. Okazało się dalej, że tarczyca jest narządem, który stoi w środku gospodarki jodowej ustroju. Jej swoiste hormony: tyroksyna i dwujodotyrozyna powstają dzięki szczególnej chciwości tarczycy w stosunku do jodu pokarmowego. Tarczyca prawidłowa chwyta bowiem jod i chłonie go jak gąbka w swym wnętrzu, wytwarzając z jodu przez syntezę z tyrozyną swe dwa zawierające jod hormony: tyroksynę i dwujodotyrozynę: Wydzielanie tarczycy jest nadto podwójne: poza koloidem, który jest nosicielem jodowych hormonów tarczycy, pewne jej części wydzielają ciało, nie zawierające jodu i opuszczające tarczycę drogą chłonki. W zależności od wieku i od stanu ustroju (okres dojrzewania, ciąża, karmienie, starość) przeważa jedna albo druga czynność tarczycy. Układ chłonny, odprowadzający nie zawierającą jodu wydzielinę tarczycy, stoi w związku z grasicą i gruczołami przytarczowymi (Williamson i Pearce). Możliwe jest, że zmiana gruczołów przytarczowych, stwierdzana po usunięciu tarczycy, powstaje na tle braku bezpośredniego wydzielania tarczycy do tych gruczołów.

Ustrój ludzki potrzebuje dla fizjologicznej produkcji hormonów tarczycy, zawierających jod od 100 — 200 gamma jodu dziennie. Jest to t. zw. optimum jodu, minimum waha się około 100 gamma dziennie. Jod jest składnikiem wszystkich komórek, zawartość jego w ustroju człowieka dorosłego wynosi około 20 — 50 mg, z czego połowa znajduje się w mięśniach, mniej więcej jedna piąta w tarczycy. Zawartość odsetkowa jodu w tarczycy jest największa ze wszystkich narządów, poza nią jedynie jajniki i przysadka mózgowa są większymi zbiornikami jodu.

Ilość jodu w tarczycy podlega wahaniom sezonowym, większa w lecie zmniejsza się w zimie, zależy nadto od wieku, płci, od stanu zdrowia, a u kobiet od miesiączki, ciąży, karmienia i przekwitania. Według Fellenberga jod tarczycy jest mocniej związany i tworzy t. zw. potencjalną rezerwę jodu w ustroju. T. zw. aktualną rezerwą jodu jest jod znajdujący się w innych narządach w postaci luźniej związanej.

Zawartość jodu we krwi waha się w pewnych granicach, np. Hrom znajduje 12 inni autorzy od 8 — 18 gamma %. Poziom jodu we krwi zależy od wahań sezonowych, wywołanych albo zmiennymi warunkami odżywiania, albo sezonowymi wahaniami samej tarczycy i zmiennym zapotrzebowaniem hormonu tarczycowego

przez ustrój. Od tych wahań w produkcji hormonu tarczycy (powodowanych może zmianami wydzielniczymi przysadki), zależy prawdopodobnie dotychczas niewytłumaczony spadek wagi u ludzi zdrowych, spostrzegamy na wiosnę, wynoszący nieraz bez żadnej zewnętrznej przyczyny do 5 kg (Reicher, Pągowska i Żeligowska). Najlepszym dowodem, że rodzaj żywienia wpływa na zawartość jodu we krwi, jest wyższy jego poziom we krwi mieszkańców wybrzeży morskich, których żywienie, składające się głównie z ryb, zawiera więcej jodu od żywności mieszkańców miast.

Wydzielanie jodu z ustroju odbywa się głównie drogą moczu, kału, a także w ilościach zmiennych drogą skóry. Wątroba wywiera prawdopodobnie wpływ regulacyjny na poziom jodemii, gdyż wydzielając jod w żółci albo go zatrzymując zapobiega jego nagromadzeniu we krwi.

Podstawowym bilansem jodu jest stosunek ilości jodu spożytego w ilości najkorzystniejszej dla ustroju (100 — 200 gamma) do ilości jodu wydzielonego (Elmer). W warunkach prawidłowych bilans jodowy jest zrównoważony, t.zn., że ilość jodu przyjętego równa się ilości wydzielonego.

W przypadkach zaburzeń równowagi jodowej poziom jodu we krwi ulega zmianom, powiększa się w nadtarczyczności, z równoczesnym zmniejszeniem zawartości jodu w tarczycy, zmniejsza przy niedostatecznej czynności tarczycy. Te właśnie wahania jodemii są najcharakterystyczniejszą cechą humoralną obrzęku śluzowego i nadtarczyczności. (Elmer).

Tyroksyna i dwujodotyrozyna, dwa antagonistyczne, zawierające jod hormony tarczycy posiadają wręcz odrębne właściwości, nadające im ich znaczenie chorobotwórcze z jednej, lecznicze z drugiej strony.

Z badań Abelina wiadomo, że tyroksyna powiększa specyficzno - dynamiczne działanie wszystkich grup pokarmowych, w pierwszej linii białek, później węglowodanów, najpóźniej tłuszczów, wywiera poważny wpływ na przemianę węglowodanów, gdyż opróżnia wątrobę i inne narządy z glikogenu, jednakże bez zastępczego stłuszczenia wątroby. W przebiegu tak cukrzycy jak i tyreotoksykozy cukier zostaje z wątroby wyrzucony do krwi, ale w pierwszym przypadku gromadzi się we krwi, powstaje hiperglikemia i glikosuria, w drugim zostaje spalony. Wynika z tego, że brak insuliny albo nadmiar tyroksyny mają podobny wpływ na zawartość glikogenu w wątrobie. *Przeciwnicze działanie insuliny i tyroksyny ma znaczenie lecznicze,* gdyż wskazuje ono na insulinę jako ciało mogące hamować działanie tyroksyny w przebiegu nadtarczyczności.

Tyroksyna powiększa wprawdzie swoiste dynamiczne działanie tłuszczów i z tego też względu obfite podawanie tłuszczów u chorych z ciężką nadtarczycznością może, wzmagając spalania, wpłynąć źle na stan ogólny, jednakże stwierdzono u chorych z nadtarczycznością lżejszego stopnia, że *pokarmy tłuszczowe działają leczniczo, wpływając korzystnie* na podstawową przemianę materii może dlatego, że sprzyjają łatwiejszemu odkładaniu się glikogenu w wątrobie. *Między tłuszczem a tyroksyną istnieje więc pewien antagonizm. Nadmiar hormonu tarczycy przeciwdziała odkładaniu się tłuszczu, nadmiar tłuszczu — odwrotnie chroni przed działaniem tyroksyny.* Podwyższona przemiana materii niektórych ludzi otyłych znajduje może w tym antogonizmie swe wytłumaczenie.

Naruszenie równowagi azotowej pod wpływem działania tyroksyny widoczne jest nieraz z wzmożonego wydzielania mocznika i kreatyny, jednak (Boothby) nie zawsze jest to wyrazem odbudowy białka narządów, ale rozkładu tak zwanego białka zapasowego; zresztą wzmożone spalanie węglowodanów może być również przyczyną rozpadu białka przez wytwarzanie węglowodanów z ciał białkowych. Działanie tyroksyny na odbudowę białka nie jest stałe, gdyż w przebiegu tyreotoksykozy wytwarza się nieraz w końcu równowaga azotowa.

Tarczyca wywiera podobnie jak i trzustka bardzo wybitny choć odmienny wpływ na przemianę wodną. Trzustka zatrzymuje wodę w ustroju, tarczyca ją wyrzuca. Przy nadczynności tarczycy ustrój traci wodę z powodu wzmożenia spoczynkowej przemiany materii, wzmożonego spalania węglowodanów, tłuszczów i białek. Fliederbaum przypuszcza jednak, że działanie tyroksyny na przemianę wodną nie wynika tylko z pobudzenia ogólnej przemiany materii, ale jest także następstwem mobilizacji wody i szybkiej jej utraty niezależnie od pobudzenia procesów przemia-

ny materii. Dopiero przy dłuższym działaniu tyroksyny zostaje uruchomiona woda, ściślej związana z tkankami, przy czym utrata wody następuje drogą pozanerkową.

Tarczyca wywiera wpływa na przemianę wapniową i fosforową, gdyż stwierdzano wzmożone wydzielanie wapnia i fosforu u chorych z nadtarczycznością, czasami także znajdowano u tych chorych niski poziom wapnia we krwi. *Korzystne lecznicze działania wapnia i fosforu u chorych z nadtarczycznością* również wskazuje na związki, zachodzące między przemianą wapniową i fosforową a nadtarczycznością.

Bardzo ciekawe dla leczenia są spostrzeżenia, które wykazały, że istnieje pewien antagonizm między witaminą A a tyroksyną. Tyroksyna zapobiega gromadzeniu się witaminy A w wątrobie, znosi jej działanie na wzrost, odwrotnie witamina A hamuje bodźcowe działanie tyroksyny. Po zastosowaniu leczenia jodem u chorych z nadtarczycznością, a także po zabiegu chirurgicznym poziom witaminy A wzrasta. *Wykrycie antagonistycznego stosunku między witaminą A a tyroksyną stoi w związku z leczniczym stosowaniem tej witaminy w stanach nadtarczyczności.* Istotnie stwierdzono po dużych jej dawkach zmniejszenie podstawowej przemiany materii i powiększenie wagi chorych z nadtarczycznością. Z pośród innych witamin, szczególnie korzystny wpływ posiada *witamina B,* gdyż sprzyja odkładaniu się glikogenu w wątrobie i wobec tego może zmniejszyć lub przeciwdziałać szkodliwościom nadmiernego wydzielania hormonu tarczycy.

Kwas askorbinowy ma pośrednio również działanie antagonistyczne w stosunku do tarczycy, gdyż przeciwdziała tyreostymulinie, ta ostatnia zaś zmniejsza jego zawartość w korze nadnerczy.

Badania nad mechanizmem spalania pod działaniem tyroksyny wykazały, że tyroksyna powiększa szczególnie procesy spalania aerobowego, w których tlen atmosferyczny jest uczynniany przez ciała bogate w żelazo (W a r b u r g). Charakterystyką tych spalań jest szczególnie uprzywilejowanie ciał tłuszczowych, zmniejszenie współczynnika oddechowego, a następnie zahamowanie wtórnej resyntezy glikogenu.

Jeżeli przyjąć według M e y e r h o f a i H i l l a, że spalania własnego materiału opiera się głównie na trzech procesach, mianowicie odbudowy, spalania i resyntezy, to w warunkach prawidłowych tylko nieznaczna część materiału odbudowanego podlega spalaniu, reszta się resyntezuje z powrotem, tworząc substancje ustrojowe i tylko nieco więcej zostaje zniszczone, niż odbudowane. W nadczynności tarczycy stosunki są odwrotne. Powiększenie swoistego dynamicznego działania pokarmów, niedostateczne odkładanie się glikogenu, zwiększone wydzielanie kreatyny, zmniejszenie jej w wątrobie i w mięśniach, straty wody, wszystkie te procesy każą przypuszczać, że warunki resyntezy glikogenu są w znacznym stopniu upośledzone. Cały aparat przemiany materii pracuje już w spokoju z wzmożoną inerwacją, pełną parą, z naruszeniem wszystkich rezerw. W doświadczalnej nadtarczyczności, przemiana spoczynkowa odpowiada przemianie przy pracy, już w spokoju istnieje dług tlenowy, choć nie ma odpowiedniego do tego bodźca. Jeżeli więc już w spokoju istnieje dług tlenowy, to nic dziwnego, że spalania przy pracy w przebiegu choroby Basedowa są znacznie powiększone. B o o t h y i S a n d i f o r d obrachowali, że praca równa jednemu kgm u zdrowego człowieka wynosi 1,2 cal., u chorego z Basedowem — 2,4 cal., u chorego z gruczolakiem złośliwym — 2,8 cal. Stały dług tlenowy tych chorych jest przyczyną ich stałego uczucia zmęczenia i *na wyrównaniu długu tlenowego polegają korzystne wyniki leczenia spokojem.* Wielkie zapotrzebowanie tlenu czyni, iż chorzy z nadtarczycznością bez objawów duszności mają głód powietrza i czują się najlepiej na powietrzu.

Tak jak przemiana spoczynkowa przy nadtarczyczności równa się przemianie dynamicznej, tak i praca serca w spokoju jest powiększona. Konieczność pokrycia większego zapotrzebowania O_2 prowadzi do powiększenia minutowej objętości serca przez częściowe opróżnienie zbiorników krwi i powiększenie tą drogą ilości krwi krążącej. Powiększenie minutowej objętości serca jest jednak tylko wyrazem znaczniejszej liczby skurczów. Ten niekorzystny rodzaj powiększenia pracy serca zaznacza się szczególnie w czasie wysiłku przy którym już w spokoju częstsze tętno przyśpiesza się jeszcze bardziej. Jest to odczyn nieekonomiczny, który świadczy, że na bo-

dziec pracy serce nie może już reagować powiększeniem siły wyrzutowej każdego skurczu, ale tylko powiększeniem liczby skurczów.

U chorych z nadtarczycznością istnieją jednak mechanizmy, ułatwiające pracę krążenia. Już w spokoju dysocjacja oksyhemoglobiny jest u nich wzmożona i dzięki temu wysokie zapotrzebowanie tlenu przez tkanki może być zaspokojone. Jest to korzystne przystosowanie ustroju, występujące u ludzi zdrowych tylko w czasie wysiłku. Przystosowanie to odpowiada potrzebom tlenowym tkanek, a równocześnie nie obciąża pracą i wyrównuje niekorzystny wpływ zbyt szybkiego krążenia krwi. W obrzęku śluzowatym stosunki są odwrotne, gdyż dysocjacja oksyhemoglobiny jest zwolniona. Zmiany te wskazują na udział tyroksyny w procesach wymiany gazowej.

Nie tylko zmiany mechanizmu krążenia, obarczające w tak znacznym stopniu serce, ale i bezpośredni wpływ tyroksyny działać ma na serce szkodliwie. Tyroksyna może wywoływać w narządach, szczególnie w sercu i w wątrobie oraz w ścianach naczyń zmiany nie tylko zapalne, ale i zwyradniające. Właściwie nie wiadomo, czy wpływ tyroksyny na serce jest bezpośredni, czy też działa ona szkodliwie dlatego, że upośledza przemianę materii serca przez zmniejszenie w sercu kreatyny, cholesteryny, wreszcie tak ważnego dla pracy serca glikogenu, powiększając równocześnie w mięśniu sercowym zawartość kwasu mlecznego.

Zaburzenia przemiany materii, powstające w sercu pod wpływem tyroksyny wyjaśniają, dlaczego w przebiegu nadtarczyczności oraz przy niedostatecznej czynności tarczycy tak są częste i tak liczne zmiany serca.

W obrzęku śluzowym serce jest znacznie powiększone. Cechą charakterystyczną tego stanu jest jego zupełna oporność na działanie naparstnicy i innych środków sercowych, a szybkie ustępowanie pod wpływem leczenia substytucyjnego tarczycą. Obraz elektrokardiograficzny serca w przebiegu obrzęku śluzowego cechuje się na ogół niskim woltażem oraz spłaszczeniem wzgórka T. Zmiany te znikają również szybko pod wpływem leczenia. Powiększenie serca ma być wywołane śluzowym nacieczeniem.

Zmiany serca w przebiegu nadtarczyczności mają inny charakter. Powstają one z powodu tak nadmiernej mechanicznej pracy serca, jak i działania tyroksyny. Najcharakterystyczniejsza cecha serca nadtarczycowego — przyśpieszona czynność łączy się często z występowaniem skurczów dodatkowych przedsionkowych czy komorowych, nierzadko występuje migotanie przedsionków oraz zupełna niemiarowość. W krzywej elektrokardiograficznej uderza niestałe powiększenie wzgórka P jako wyraz przerostu przedsionka oraz powiększenie wzgórka T. Hrom stwierdzał jako najczęstszy elektrokardiograficzny objaw nadtarczyczności przewagę lewej komory oraz migotanie lub równoczesne migotanie i trzepotanie przedsionków w towarzystwie niemiarowości zupełnej u 60% badanych, powiększenie załamka T u 50%, powiększenie wzgórka P tylko u 12%.

Zmiany serca spowodowane nadtarczycznością, ustępują dość szybko po usunięciu tarczycy, co spostrzegał już K o c h e r, gdyż zwyrodnienie mięśnia sercowego, jeżeli nie postąpiło już zadaleko, należy do zmian odwracalnych. Dzięki tej odwracalności zmian zwyradniających, serce rozszerzone przed zabiegiem operacyjnym zmniejsza się w i następstwie stan krążenia chorych się poprawia.

Poprawa stanu serca po usunięciu tarczycy nasunęła w ostatnich latach uczonym amerykańskim myśl, że zabieg ten i zmniejszenie tą drogą procesów wymiany gazowej z następowym odciążeniem krążenia może mieć wpływ korzystny nie tylko w przypadkach choroby Basedowa, ale i w stanach niewydolności krążenia na tle chorób mięśnia sercowego u ludzi z tarczycą prawidłową.

B l u m g a r t, B e r l i n, D a v i e s, R i s e m e n, W e i n s t e i n, opierając się na korzystnych wynikach tego leczenia i stwierdzając po nim względnie nieznaczne objawy wypadowe, rozciągnęli wskazania do usunięcia tarczycy do przypadków dusznicy bolesnej opornej na leczenie konserwatywne bez zmian w nerkach i płucach.

Poprawa, która ma występować po usunięciu tarczycy u chorych z dusznicą bolesną nie tyle wynika, jak na to zwraca uwagę B e r a r d, z mniejszego obiegu krwi i odciążenia tą drogą serca (gdyż metabolizm zmniejsza się dopiero po tygodniach, a poprawa jest dość szybka),

ile z usunięcia uczulającego działania tarczycy na odczyn ustroju na adrenalinę. Wstrzyknięcie adrenaliny po usunięciu tarczycy wywołuje tylko lekki wzrost skurczowego ciśnienia krwi u tych samych chorych, u których przed zabiegiem adrenalina wyzwalała atak dusznicy bolesnej. Uczulenie na adrenalinę tłumaczy również, dlaczego chorzy z dusznicą bolesną reagują nieraz napadem bólu na wstrzyknięcie insuliny. Prawdopodobnie hipoglikemia poinsulinowa, wyzwalając u tych chorych wzmożone wydzielanie adrenaliny, wywołuje równocześnie skurcz naczyń wieńcowych serca. Jednym z następstw tyreoidektomii jest więc zmniejszenie wrażliwości na adrenalinę, albo mniejsze wydzielanie adrenaliny i to ma być istotną przyczyną poprawy chorych dusznicowych po zabiegu. Ciekawe jest, że pomimo całkowitego usunięcia tarczycy objawy wypadowe są względnie nieznaczne. P u g l i e s e przypuszcza, że brak ich tłumaczy się zastępczym działaniem gruczołów przytarczowych, które po usunięciu tarczycy się zmieniają i stają się podobne jak to wykazują doświadczenia na psach do utkania tarczycowego.

Za wcześnie jest jeszcze dzisiaj, aby sądzić o ostatecznym wpływie usuwania tarczycy na przebieg przewlekłej niewydolności krążenia, powstającej z powodu zmian mięśnia sercowego. Przewlekła niewydolność krążenia jest, jak to wynika z badań W. O r ł o w s k i e g o i jego szkoły, stanem, który się łączy z zaburzeniami czynności całego ustroju, wszystkich jego narządów i wszystkich jego tkanek. Można więc przypuszczać, że odciążenie pracy serca przez usunięcie tarczycy tylko wtedy będzie miało działanie pożyteczne, gdy zmiany serca, a także narządów i tkanek nie nabiorą cech nieodwracalnych. Trzeba jeszcze czasu, aby zróżniczkować, w jakich przpadkach dusznicy bolesnej zmniejszenie wrażliwości ustroju na działanie adrenaliny usuwa istotę napadów bólu, a w jakich napady te powstają, niezależnie od wpływu nadnerczy; nie zawsze napadom dusznicy towarzyszy wzrost skurczowego ciśnienia krwi, które jest najlepszym wskaźnikiem uczulenia ustroju na działanie adrenaliny. (D. c. n.).

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Kilka danych o leczeniu niewydolności wątroby. (Quelques données actuelles sur le traitement des insuffisances hépatiques). R. F a u v e r t.

Bull. Gen. de Thér. Nr 8, 1937.

Leczenie wątroby powinno być zastosowane odpowiednio do objawów chorobowych i oparte na znajomości jej czynności. Wiadomo bowiem, że wątroba jako narząd centralny przemiany materii spełnia wiele różnych zadań. W okresie sprawy chorobowej poszczególne czynności wątroby mogą być mniej lub więcej spaczone.

1) Wątroba jest głównym etapem gospodarki siarkowej ustroju. W jej obrębie związki siarkowe ulegają rozkładowi, a następnie przebudowie. W ten sposób poprzednio szkodliwe i trujące ciała chemiczne, rozbite na składniki prostsze, podlegają utlenianiu i wiązaniu z produktami rozpadu innych ciał chemicznych (białka, glikogenu), stają się nieszkodliwe, a nawet czasem pozyteczne dla ustroju.

B i n e t i A r n a u d e t stwierdzili znaczne zubożenie wątroby w siarkę w przebiegu żółtaczki .Obniżenie zawartości glutationu stwierdzono również w innych chorobach wątroby, jak marskość i kamica żółciowa .

Z tych wyników wywiązało się wskazanie lecznicze podawania związków siarkowych. Do tego celu najlepiej nadaje się tiosiarczan sodowy. Podaje się go drogą doustną, doodbytową, i dożylną. Doustnie podaje się tabletki w dawce dziennej 1 — 10 gr. Dawka doodbytowa wynosi 2 — 4 g. Wstrzykiwania dożylne stosuje się w postaci roztworu 10 — 20% w dawce dziennej 1 — 3 gramów.

G o s s e t i B i n e t zalecają podawanie t i o s a m i n y w przypadkach pooperacyjnej niewydolności wątroby .

2) Następną z kolei ważną czynnością wątroby jest magazynowanie glikogenu. W przypadkach wszystkich cierpień wątroby zapasy glikogenu ubożeją proporcjonalnie do stopnia uszkodzenia komórki wątrobowej .Stąd wypływa wskazanie ułatwienia wątrobie jej czynności glikogenotwórczej. Zadanie to wypełnić można łatwo przez wstrzykiwanie dożylne cukru gronowego, z jednoczesnym wstrzykiwaniem podskórnym insuliny w małych dawkach.

3) W przypadkach zaburzeń w wydzielaniu żółci podawać należy leki żółciopędne z których najbardziej nieszkodliwymi są sole kwasów żółciowych np. d e h y d r o c h o l a n s o d u.

4) Czynność odtruwającą wątroby pobudza się przez wstrzykiwanie wyciągów wątrobowych. S a t o wyodrebnił hormon odtruwający wątroby t. zw. y a k i t r o n, który jednakże nie wyszedł jeszcze poza ramy doświadczalne.

5) oprócz zmian pierwotnie miąższowych, często występują zmiany wtórne na skutek zaburzeń krążenia w obrębie wątroby. V i l l a r e t odróżnia dwa rodzaie powiększenia przekrwiennego wątroby a mianowicie: bierne, spotykane w przebiegu niewydolności krążenia obok przekrwień innych narządów i czynne, które powstaje za pomocą samodzielnego mechanizmu naczynioruchowego wątroby celem odciążenia krążenia i zapobiega powstawaniu chorób mięśnia sercowego. W pierwszej grupie podaje się leki czysto sercowe (naparstnica) w drugiej zaś są wskazania przede wszystkim do środków moczopędnych (związki rtęciowe) dla zmniejszenia masy krwi zalegającej w wątrobie. W przypadkach zapadów, kiedy to przeważna ilość krwi gromadzi się w obrębie krążenia żyły wrotnej (choroby zakaźne, szybkie wypuszczanie płynu z jamy brzusznej) podaje się adrenalinę lub efedrynę.

Leczenie ropni wątroby. (Traitement des absces du foie). G. S e i l l é.

Bull. Gen. de Thér. Nr 8, 1937.

Ropnie wątroby podzielić można na trzy grupy zależnie od sposobu ich powstawania.

A więc najczęściej spotykane ropnie wątroby są pochodzenia żółciowego. Mechanizm ich powstania jest następujący: przewód żółciowy wspólny zostaje zatkany kamieniem, co doprowadza do stopniowo wzrastającego zastoju żółci. Żółć zostaje zakażona i ropieje. Proces ropny posuwa się wzdłuż przewodów żółciowych i doprowadza do angiocholitis purulenta z zajęciem najdrobniejszych kanalików żółciowych. Ropienie rozszerza się wreszcie na cały miąższ wątroby.

Ropnie wątroby przerzutowe powstają w przypadkach ogólnego zakażenia (septicaemia staphylococcica, streptococcica, endocarditis maligna) naskutek powstania zatoru bakteryjnego tętniczego w wątrobie. Przerzuty ropne w wątrobie w przypadkach ropnego procesu w obrębie jamy brzusznej (najczęściej ostre zapalenie wyrostka robaczkowego) powstają na drodze zatoru w żyle wrotnej.

Jako trzecią grupę, liczną zwłaszcza w niektórych miejscowościach wyodrębnić można ropnie wątroby pochodzenia pełzakowego.

Kliniczne rozpoznanie ropnia wątroby opierać można na następujących objawach przedmiotowych: uwypuklenie w okolicy podżebrza prawego z obrzękiem ściany brzusznej w tym miejscu, żywa bolesność uciskowa i dodatni objaw chełbotania. W przebiegu podkreślić należy następujące szczegóły: wczesne wychudnienie i zły stan ogólny, ostre objawy bólowe, zabarwienie podżółtaczkowe skóry, gorączka i częste współistnienie wysiękowego zapalenia opłucnej po stronie prawej. Badania dodatkowe wykrywają znaczną leukocytozę obojętnochłonną (20 — 50 tysięcy).

Wszystkie te objawy skłonić powinny lekarza do wykonania nakłucia wątroby, które przy pewnej ostrożności nie jest zabiegiem niebezpiecznym.

Technika nakłucia: Jako czynność wstępną wykonać należy dokładne obmacywanie okolicy podżebrza prawego celem wykrycia punktu bolesnego określającego dokładne umiejscowienie ropnia. Kierując się wynikami obmacywania wprowadzamy igłę długości 10 — 15 cm. średnicy 0,8—1 mm. obsadzoną na strzykawce. Nakłucie wykonać należy przy wydechu. Próbujemy następnie aspirować na różnych głębokościach. Jako przestrogę uprze-

dzić należy, że nie wolno nakłuwać poniżej łuku żebrowego.

W przypadkach ujemnego wyniku nakłucia zabieg powtórzyć można wielokrotnie w ciągu następnych dni. Wydobycie płynu ropnego potwierdza rozpoznanie ropnia wątroby. W otrzymanej ropie poszukać należy pełzaków oraz wykonać posiew bakteriologiczny.

Pomocnym również przy rozpoznaniu może być wynik badania radiologicznego. Prześwietlając okolicę prawego pożebrza stwierdza się powiększenie wątroby oraz znaczne zmniejszenie lub całkowite zniesienie ruchomości prawej przepony. W przypadkach współistniejącego zapalenie wysiękowego opłucnej stwierdza się zaciemnienie kąta przeponowo-żebrowego.

Leczenie ropnia wątroby, którego rozpoznanie nie ulega wątpliwości musi być operacyjne. O pomyślnym zakończeniu sprawy przy leczeniu zachowawczym nie może być mowy. Nawet przy stwierdzeniu pełzakowego tła sprawy, podawanie emetyny jako swoistego leku przeciw amebom powinno być leczeniem dodatkowym, a nie zastępującym zabieg operacyjny. Również w przypadkach wątpliwych tj. takich, gdzie wielokrotne nakłuwania wątroby dało wynik ujemny zabieg chirurgiczny jest zalecony o ile istnieją poszlaki wskazujące na obecność ropnia.

Technika operacyjna przedstawia się z grubsza następująco: ze względu na ciężki zwykle stan ogólny chorego wskazane jest znieczulenie miejscowe z zablokowaniem trzech nerwów międzyżebrowych. W przypadkach gdy zachodzi potrzeba poszerzenia pola operacyjnego dołączyć można do tego lekkie znieczulenie ogólne. Wybór cięcia zależy od umiejscowienia ropnia. W przypadkach ropnia wypukłości wątroby wybiera się drogę od góry. Po resekcji dolnych żeber na dość dużej przestrzeni, dostaje się po przecięciu opłucnej i przepony do wątroby. W przypadkach ropnia części brzusznej wykonuje się laparatomię z cięciem poprzecznym lub ukośnym.

Po dojściu do ogniska ropnego ropień się aspiruje i jamę jego opróżnia całkowicie. Ropnie pełzakowe można nie sączkować, goją się one często dobrze na ślepo o ile są poza amebami jałowe. W innych przypadkach wątrobę się sączkuje.

Przebieg pooperacyjny bywa różny. Niekiedy stan chorego stopniowo się poprawia. W innych przypadkach w okresie późniejszym pojawiają się wyskoki gorączkowe, świadczące o powstaniu nowych ognisk ropnych. Stan ogólny chorego bywa w okresie początkowym bardzo ciężki i wymaga troskliwej opieki, stałej kontroli lekarskiej i wzmacniania chorego, przez częste małe przetaczania krwi lub wstrzykiwania dożylne cukru gronowego.

Leczenie marskości wątroby. (Traitement des cirrhoses hépatiques). P. S e r i n g e.
Bull. Gen. de Thér. Nr 8, 1937.

Marskość wątroby wymaga odruchowego postępowania leczniczego zależnie od okresu choroby.

Leczenie w okresie początkowym bez puchliny brzusznej polega na oszczędzaniu wątroby i pobudzaniu jej czynności wydzielniczej. Choremu zapewnić należy spokój zwłaszcza w godzinach poobiednich. Posiłki składać się powinny z pokarmów niedrażniących, łagodnych. Wypróżnienia powinny być regularne. Chorym z rozpoczynającą się marskością dobrze robi leczenie klimatyczne zdrojowiskowe z wodami zasadowymi (z miejscowości francuskich wymienić należy: Vichy, Vittel, Contrexeville). Do tego postępowania dołączyć można leczenie farmakologiczne w postaci środków żółciopędnych i wyciągów wątrobnych.

W okresie późniejszym marskości wątroby t. zn. w przypadkach z puchliną brzuszną postępowanie lekarskie musi dokładnie określać tryb życia chorego.

A więc przede wszystkim zalecić należy całkowity spokoj o ile możliwe ze stałym przebywaniem w łóżku. Dieta zapobiegać ma dalszemu zbieraniu się płynu. Musi ona być małopłynna i małosłona. Dobre wyniki daje zastosowanie diety czysto mlecznej (2 litry dziennie) w ciągu tygodnia. Następnie przejść można na dietę mleczno-jarzynowo-owocową, do której wkrótce dołącza się białe siekane mięso. Przez cały czas choroby chory unikać musi potraw ostrych, tłustych i powodujących wzdęcie.

Leczenie farmakologiczne jest dość urozmaicone. Podaje się więc wątrobę drogą parenteralną w dawce odpowiadającej około 100 g. świeżego narządu. Leki żółciopędne mogą być pochodzenia roślinnego lub mineralnego. Dla wzmocnienia wątroby i wzmożenia jej zapasów glikogenowych zaleca się wstrzykiwania dożylne cukru gronowego i podawanie insuliny. Celem utrzymania na poziomie normalnym zawartości glutationu we krwi stosuje się związki siarkowe (tiosamina). Niektórzy autorzy odnoszą się z entuzjazmem do stosowania lipazy, której wytwarzanie przez marską wątrobę jest znacznie obniżone. Środek ten ma wywierać dodatni wpływ na stan ogólny i diurezę. Zaczyn stosuje się przez 5 — 6 dni codziennie, a następnie z przerwą kilkudniową w postaci podskórnych wstrzykiwań po 5 — 10 cm. Poza tymi środkami próbować należy w przypadkach marskości podawania wyciągu z przedniego płata przysadki, a ze środków roślinnych wyciągu z karczochów.

Do baterii leków w marskości wątroby należy długi szereg środków moczopędnych. Z pośrod najczęściej używanych wymienić należy: cebulę, morską, octan potasu, naparstnicę, nalewkę pyrolową, sole amonowe, chlorek wapnia. Dwa ostatnie środki działają o ile są wzięte w dawkach dostatecznie wysokich (5 — 15 g. dziennie). Dalej należy wymienić związki rtęciowe w postaci cjanku rtęci, lub firmowych przetworów moczopędnych.

O ile marskość wątroby rozwinęła się na znanym tle, próbować należy leczenia przyczynowego, zwłaszcza odnosi się to do marskości kiłowej i alkoholowej.

Następnym punktem jest leczenie fizyczne w postaci diatermii. Elektroda czynna powinna leżeć w okolicy wątroby. Siła prądu — 0,5 — 2 amperów, czas diatermii 20 minut. Takie stosowanie diatermii co drugi dzień może wpłynąć dodatnio na puchlinę brzuszną.

Nakłucia jamy brzusznej dokonywa się zawsze w przypadkach wskazań sercowych i dużej duszności. W niektórych przypadkach nakłucie trzeba wykonywać co kilka dni, zależnie od dużej szybkości narastania płynu.

Krwawienia często spotykane w marskości wątroby traktuje się jak krwotoki innego pochodzenia.

Rokowanie w marskości wątroby jest niepo-

myślne. Długość trwania sprawy zależy od stanu serca, stanu ogólnego i reakcji na leczenie.

Wspomnieć jeszcze należy pokrótce o zabiegach chirurgicznych stosowanych w marskości. Pierwszy z nich to wycięcie śledziony w przypadkach ze znacznym jej powiększeniem — daje on niekiedy dość dobre rezultaty. Drugi sposób to operacja Talmy, po której zwykle poprawa jest nieznaczna i krótkotrwała.

Choroby śledziony (przegląd roczny). (Acquisitions recentes sur les meladies de la rate). J. Coroli i P. Rambert.

Paris Méd. Nr 21, 1938.

W ostatnim okresie czasu choroby śledziony znalazły cały szereg badaczy i stały się tematem wielu biografii.

Nakłucie śledziony jako sposób badania w przypadkach splenomegalii stosuje się coraz szerzej. Zabieg ten w bardzo wielu sprawach o nieznanej etiologii ułatwia, a często nawet umożliwia rozpoznanie. Badaniu temu poświęcili książkę P. E. Weil i Schwall (La ponction de la rate. Masson). Splenogram daje często rozpoznać białaczkę szpikową w przypadkach gdzie ani we krwi obwodowej, ani w punktacie mostka elementów młodych nie znaleziono. W niedokrwistości złośliwej obraz rozmazu ze śledziony wpływa na rokowanie. Niektórzy z badaczy wykonują nakłucie śledziony we wszystkich przypadkach jej powiększenia. Inni ten sposób badania pozostawiają sobie jako rezerwę tylko dla tych przypadków, w których wszelkie inne sposoby nie doprowadziły do rozpoznania.

Ostre choroby zakaźne. Mironesco spostrzegał przypadek duru brzusznego u chorego, któremu poprzednio wycięto śledzionę. Obraz choroby był typowy brakowało tylko leukopenii. W przypadkach niepewnych zimnicy wykonać należy nakłucie mostka i śledziony. Wprawdzie wyjątkowo rzadko udaje się znaleść w pobranym materiale pasorzyty, ale w punktacie śledziony w tych przypadkach stwierdza się wyraźną monocytozę. Garin i Berard stosowali z pomyślnym wynikiem afebryno-plasmochinę w przypadkach przewlekłej splenomegalii pochodzenia zimniczego.

Autorzy podkreślają zgodnie trudności rozpoznania powiększenia śledziony pochodzenia gruźliczego, przy którym bardzo rzadko udaje się wykryć prątki w punktacie śledziony.

Guzy śledziony są zwykle pochodzenia bąblowcowego i powstają zwykle drogą krwionośną. Nadają się one do leczenia chirurgicznego wczesnego.

Powiększenie śledziony w marskości wątroby może pojawić się jednocześnie z objawami wątrobowymi, może być zwiastunem marskości, a może występować i później. W przypadkach marskości Laenneca śledziona jest przekrwiona i obficie przerosła pasmami tkanki łącznej włóknistej. Wycięcie śledziony zmniejsza objawy zastoju w obrębie żyły wrotnej, to jest obniża szybkość narastania puchliny brzusznej, krwiotoki i żółtaczkę, nie wpływa jednak na poprawę stanu wątroby. Splenektomia jest wskazana bezwzględnie w przypadkach uporczywych krwiotoków w przebiegu marskości wątroby.

Krwiotoki żołądkowe zdarzają się często w przebiegu splenomegalii. Pochodzenie ich nie jest dokładnie wyjaśnione. Według niektórych są one spowodowane przez zmiany naczyniowe w ścianie żołądka w postaci zakrzepów żylnych i nadmiernego unaczynienia podśluzówki. Reilly w doświadczeniach na zwierzętach wywołał krwiotoki żołądkowo - dwunastnicze przez podrażnienie nerwu współczulnego.

Po rozpowszechnieniu nakłucia śledziony wyosobniono erytroblastyczną splenomegalię dorosłych jako samodzielną jednostkę chorobową. Splenogram jej przedstawia się następująco: na ziarnistym podłożu, zawierającym liczne resztki zniszczonych komórek, znajdują się liczne niedojrzałe elementy czerwonokrwinkowe, jak np. normoblasty, megaloblasty, promegaloblasty, hemocytoblasty. Elementów tych nie ma we krwi obwodowej. Choroba ta pojawia się u osób 40 — 50 letnich. Leczy się ją naświetlaniami promieniami Roentgena, leczenie to jednak daje tylko przejściową poprawę.

Myelosis aleucaemica megacariocitica dała się również wyosobnić po wprowadzeniu nakłucia śledziony. Choroba ta cechuje się miernym powiększeniem śledziony i wątroby. We krwi obwodowej zmian morfologicznych zwykle nie stwierdza się. W splenogramie zaś wykrywa się elementy szpikowe: megakariocyty i retikulo-endoteliozę. Chorzy ci bardzo źle znoszą splenektomię.

Przy pomocy nakłucia śledziony wykrywa się często białaczkę utajoną szpikową, limfatyczną lub monocytową.

Ostatnio zanotowano dość liczne wyniki pomyślne po wycięciu śledziony u chorych z niedokrwistością różnego typu.

Tło żółtaczki hemolitycznej bywa najczęściej niewyjaśnione. Chabrol i Klotz stwierdzili w czterech jej przypadkach nacieki limfatyczne wątroby i śledziony, Caroli opisał przypadek żółtaczki hemolitycznej u chorego z przerzutami rakowymi do szpiku kostnego. Heilmeyer podał obok przypadku żółtaczki hemolitycznej wrodzonej, przypadek sprawy nabytej. Kilkakrotnie zanotowano dodatnie wyniki wycięcia śledziony w tej sprawie chorobowej.

Choroba Werlhoffa według Blachera nie polega na pierwotnym zaburzeniu w układzie krwinkopłytkowym. Troland i Lee twierdzą, że u chorych dotkniętych plamicą małopłytkową istnieje w śledzionie czynnik niszczący płytki i dlatego w przypadkach tych wycięcie śledziony daje dobre wyniki. Inni autorzy doradzają podwiązanie tętnicy śledzionowej lub rentgenoterapię.

Zespół Bantiego składa się jak wiadomo między innymi z powiększenia wątroby i śledziony. Powiększenie śledziony może być pochodzenia czysto zastoinowego. Notowano przypadek choroby Bantiego z wyraźnie zaznaczonym infantylizmem, który ustąpił po wycięciu śledziony. Choroba Bantiego rozwija się czasami u chorych kiłowych, gruźliczych lub zimniczych. Zarówno w przypadkach zespołu Bantiego jak i splenomegalii pochodzenia zatorowego wycięcie śledziony wydaje się być leczeniem wybiórczym.

Statystyki chirurgiczne na temat zabiegu wycięcia śledziony świadczą o małej śmiertelności chorych i dobrych wynikach pooperacyjnych. Tabela wskazań do tego zabiegu rośnie coraz bardziej i obejmuje coraz większą liczbę chorób krwi,

śledziony i wątroby. A l e s s a n d r i podkreśla wartość leczniczą zabiegu podwiązania tętnicy śledzionowej powyżej górnego brzegu trzustki. Śledziona jest uważana przez wielu autorów za narząd odżywczy i regulujący stosunki hormonalne ustroju. Ma ona poza tym regulować ciśnienie tętnicze i rozmieszczenie krwi. W jej obrębie wytwarza się część kwasu mlekowego i bilirubiny, i uwalnia się hemoglobina z rozpadłych krwinek czerwonych. Śledziona wywiera wielki wpływ na proces krzepnięcia krwi.

O czynności odtruwającej wątroby. (La fonction antitoxique du foie). H. R o g e r.

Paris Méd. Nr 21, 1938.

Wątroba jest głównym organem przetwórczym ustroju. Nieomal wszystkie składniki chemiczne pożywienia zostają w jej obrębie przerobione i jako nowe związki zasilają tkanki.

Białka ulegają hydrolizie w obrębie przewodu pokarmowego. Produkty hydrolizy zostają częściowo wchłonięte i przebudowane przez śluzówkę jelit reszta zaś dostaje się do wątroby, gdzie ulega przeróbce na białka ustrojowe. Amoniak wytworzony przy przebudowie ciał azotowych zostaje przerobiony w wątrobie na mocznik.

Tłuszcze rozszczepione w obrębie przewodu pokarmowego na glicerol i kwasy tłuszczowe dostają się częściowo do płuc, gdzie ulegają lipodierezie. Część zaś tłuszczów dostaje się przez żyłę wrotną do wątroby i tu zostaje zmagazynowana. Przy przeróbkach tłuszczowych wytwarzają się też mydła, które są dla ustroju trujące. Dostają się one do wątroby i tu zostają zobojętnione przez przeróbkę na tłuszcze obojętne.

Rola wątroby w stosunku do węglowodanów polega na ich rozdzielaniu w miarę potrzeby. Z cukrów dostarczonych ustrojowi z pokarmami wątroba syntetyzuje glikogen, który zostaje zmagazynowany i w miarę potrzeby dostarczany tkankom w postaci cukrów prostych.

S a t o wysunął myśl istnienia w wątrobie hormonu odtruwającego. Ciało to jest wyciągalne alkoholem i eterem i uzyskać je można w postaci zawiesiny. Hormon ten nazwano y a k i t r o n e m. Nie otrzymał jeszcze S a t o yakitronu w postaci czystej, działanie jego jednak wyraźnie się zaznacza w dotychczas przeprowadzonych doświadczeniach. Yakitron odtruwa zwierzęta zatrute bardzo rozmaitymi związkami chemicznymi (chlorek amonu, fenol, chloroform, fosfór, arsen ,jady zwierzęce). Hormon ten działa niejednakowo na poszczególne zwierzęta. Wydaje się jakby różne zwierzęta były mniej lub więcej nań czułe. (Yakitron ma poza tym wpływać pomyślnie na przebieg różnych chorób; tak więc pod jego wpływem trudniej powstaje ostra niewydolność krążenia, choroby zakaźne przebiegają znacznie łagodniej i rzadziej notuje się powikłania. S a t o stosował już yakitron u wielu chorych na szkarlatynę i w ten sposób osiągnął znaczne zmniejszenie liczby przypadków popłoniczego zapalenia nerek.

Mechanizm działania odtruwającego yakitronu nie jest znany. Sam jednak fakt stwierdzenia obecności ciała wpływającego na odtrucie ustroju, zawartego w wątrobie świadczy o dużej roli tego narządu w przemianie materii.

Marskość brązowa a gruczoły dokrewne. (Les cirrhoses bronzées et leurs relations avec les glandes endocrines). E. L e d o u x, P. B a u f l e.

Paris Méd. Nr 21, 1938.

Marskość barwikowa wątroby jest jedną ze spraw o nieznanej etiologii. Niedokładne dawniejsze spostrzegania tej choroby wysunęły jako jej objawy kliniczne powiększenie wątroby, ciemne zabarwienie skóry i współistniejącą niekiedy cukrzycę. Obecnie do tego zespołu dorzucić trzeba szereg objawów spostrzeganych niejednokrotnie, a które przyczynią się do wyjaśnienia pochodzenia sprawy. A mianowicie w niektórych przypadkach barwikowej marskości wątroby spostrzega się zaburzenia w czynności gruczołów płciowych w postaci braku wyraźnych cech wtórnych i zaniku jąder czy jajników. Obok tego notowano objawy niedomogi mięśnia sercowego, cukrzycę oporną często na leczenie insuliny, a także zaburzenia ze strony tarczycy i niekiedy przysadki. Wprawdzie badania histochemiczne wykazują zmiany w tych narządach w postaci odkładania się barwika, to jednak nie wydawało się prawdopodobne, by ten rodzaj zmian mógł wywołać wyraźne zaburzenia czynności gruczołów. Zwłaszcza, że często zaburzenia wielogruczołowe poprzedzały pojawienie się ciemnego zabarwienia skóry.

Ze wszystkich tych spostrzeżeń wysnuć można przypuszczenie istnienia przyczynowego związku między zaburzeniami wielogruczołowymi a marskością barwikową wątroby. Marskość może zależeć od zaburzeń w wydzielaniu jednego lub wielu gruczołów wydzielania wewnętrznego, lub też obie sprawy mogą się rozwijać na wspólnym tle. Nie można w tej chwili zdecydowanie podkreślić roli któregokolwiek z gruczołów w etiologii marskości. Główną przyczynę może stanowić nadnercze, trzustka, przysadka lub tarczyca. Jest szereg danych chemicznych i klinicznych przemawiających na korzyść poszczególnych narządów.

Pełnokrwistość. (La plethore). E. O r i n s t e i n.

Rev. de Méd. Nr 2, 1938.

Rozpoznanie „pełnokrwistości" jako pewnego zespołu klinicznego odnosi się zwykle do osobników dobrze zbudowanych o cerze różowo - czerwonej. Obraz kliniczny jest dość typowy i łatwy do rozpoznania. Głównym objawem jest zwiększona liczba krwinek czerwonych we krwi. Liczba ta waha się od 5 do 8 milionów krwinek czerwonych w 1 mm^3 krwi. W przypadkach codziennych wynosi około 6 milionów. Ilość hemoglobiny jest przeważnie zwiększona, jednakże mniej wyraźnie niż liczba krwinek czerwonych. Krwinki czerwone mają bądź to wygląd prawidłowy, bądź też odznaczają się zmniejszoną wielkością; wśród nich spotyka się niekiedy krwinki czerwone jądrzaste. W obrazie rozmazu szpiku mostkowego stwierdza się zwiększoną liczbę młodych krwinek czerwonych. Inne badania krwi wykazują: nieznaczne wydłużenie czasu krwawienia i krzepnięcia. Reasumując więc, morfologicznie mamy obraz nadmiernego pobudzenia elementów krwinkotwórczych szpiku kostnego. Następnym ważnym objawem w obrazie klinicznym jest nadciśnienie tętnicze i to zarówno skurczowe jak i rozkurczowe. Podkreślić należy, że nie daje ono wcale lub też przez długi czas przerostu lewej komory serca. Badanie chemiczne wykrywa u osobników tych niektóre cha-

rakterystyczne zaburzenia przemiany materii. A więc zwykle zaznacza się podwyższenie poziomu cholesterolu we krwi z nieznacznym wzmożeniem ilości tłuszczów całkowitych. Zawartość ciał azotowych i kwasu moczowego jest zwykle prawidłowa. Poza tym stwierdza się nieznaczne podwyższenie poziomu cukru we krwi i wzrost miernego stopnia białek surowicy z zachowaniem normalnego stosunku albumin do globulin.

Badaniem przedmiotowym chorych stwierdza się dość znaczne powiększenie wątroby z zachowaniem prawidłowej spoistości. Nie stwierdza się żadnych zaburzeń w jej czynności. W typowych przypadkach śledziona nigdy nie bywa powiększona. Badanie nerek wykrywa niekiedy dyskretne objawy jakgdyby przewlekłego zapalenia kłębuszkowego, w innych przypadkach czynność nerek nie zdradza żadnych zaburzeń. Niektórzy autorzy podają, że z zasady u chorych tych stwierdza się miernego stopnia azocicę.

W zakresie przewodu pokarmowego stwierdza się zawsze objawy nieżytu przekrwiennego, który częściowo zależy od nadmiernego odżywiania się tych osobników. Zmiany chorobowe w żołądku, które dają się stwierdzić przy pomocy zgłębnikowania i gastroskopii powodują szereg dolegliwości jak uczucie ciężkości po posiłkach, nudności i niekiedy wymioty.

Możemy odróżnić kilka okresów czerwienicy, która początkowo łagodna przemienia się stopniowo w chorobę złośliwą i zagrażającą życiu.

W okresie początkowym stwierdza się jakby przekrwiony wygląd twarzy. Chorzy ci mają już objawy nieżytu żołądka i dyskretnie zaznaczone zaburzenia przemiany materii o charakterze wyżej opisanym, nie ma jeszcze nadciśnienia tętniczego ani erytrocytozy.

W drugim okresie choroby rozwija się już nadciśnienie tętnicze i zwiększa się liczba krwinek czerwonych.

Następny okres kliniczny ma już objawy nieco niepokojące. Pojawiają się objawy niedomogi nerek i lekkiej cukrzycy. Poza tym nadciśnienie tętnicze staje się bardzo wysokie, a erytrocytoza przekracza 7 milionów. W tym okresie pojawiają się stopniowo objawy wyczerpania mięśniowego i niebezpieczne dla życia powikłania w postaci obfitych krwawień, a w szczególności udaru mózgowego.

Niekiedy zdarzają się specjalnie złośliwe postacie pletory. Dotyczą one ludzi młodych, u których bardzo szybko rozwija się nadciśnienie i bardzo znaczna erytrocytoza. Azotemia pojawia się w tych przypadkach bardzo wcześnie i już w początkowym okresie choroby mogą się pokazać objawy ostrej niewydolności krążenia pochodzenia lewokomorowego.

Etiologia pełnokrwistości jako sprawy chorobowej jest nieznana. Z pośród momentów przyczynowych wysuwają wszyscy zgodnie usposobienie dziedziczne, tryb życia, przejadanie się i alkoholizm.

Leczenie polega na ograniczaniu diety, a specjalnie zmniejszeniu ilości mięsa i tłuszczów i zastąpieniu ich jarzynami. Ze środków farmakologicznych podaje się jod, rtęć w małych dawkach i wyciągi z karczochów. Poza tym zastosować można leczenie klimatyczne (Vichy).

Nerka ruchoma i jej skutki. E. Michon.

Prawidłowe położenie nerki na wysokości od brzegu dolnego XI żebra do III kręgu lędźwiowego uzależnione jest od warstwy silnej tkanki łącznej otaczającej narząd. W skład jej wchodzą: powięź właściwa nerki, obfite łoże tłuszczowe i otrzewna ścienna przyciskająca nerkę do tylniej ściany jamy brzusznej. Prócz tego do utrzymania nerki dopomaga napięcie mięśni brzusznych i otaczających narządów wewnetrznych.

Do pewnej ruchomości natomiast usposabia nerkę jej łodyga naczyniowa, która odciąga ją w kierunku ku dołowi i przodowi. Wzmożona ruchomość nerki, a co za tym idzie stałe jej obniżenie nosi nazwę nerki ruchomej (ren mobile, r. fluctuans, nephroptosis).

Opuszczenie nerki może być sprawą wrodzoną polegającą na wiotkości tkanki włóknistej i mięsnej otaczającej ten narząd. Opuszczenie nerki nabyte zależy naogół od przyczyn natury mechanicznej, jak rozciągnięcie i zwiotczenie powłok brzusznych (ciąża, chudnięcie), noszenie obcisłych gorsetów, uciskających silnie okolicę dolnych łuków żebrowych. Czasami opuszczenie nerki przypisać można urazowi. Nephroptosis jest najczęściej związana z budową ciała i towarzyszy opuszczeniu innych trzew. Dlatego też sprawa ta występuje najczęściej u szczupłych, astenicznych kobiet. Opuszczenie nerki może być w tych przypadkach jednym z objawów choroby Glenarda.

Odróżnia się 3 stopnie opuszczenia nerki:

Stopień I-szy — tylko dolny biegun nerki wyczuwalny jest poniżej łuku żebrowego.

Stopień II-gi — cała prawie nerka leży poniżej łuku żebrowego.

Stopień III-ci — nerka znajduje się w dole biodrowym.

Przy stwierdzeniu opuszczenia nerki III-go stopnia ważną jest rzeczą, czy nerka jest w tym położeniu ustalona — odgrywa to dużą rolę przy leczeniu.

Opuszczeniu nerki towarzyszy często obrót jej dokoła osi pionowej. Opuszczenie i ruchomość nerki doprowadza do rozwoju w niej wtórnych zmian anatomicznych, do których należą: przewlekłe zapalenie nerek, wodo- lub nawet ropo-nercze. Poza tym sprawa ta uspasabia do przewlekłego zapalenia miedniczek lub pęcherza moczowego. Niekiedy opuszczenie nerki znacznego stopnia podają za przyczynę powstania zwężenia dwunastnicy, zapalenia wyrostka robaczkowego lub nawet kamicy żółciowej.

Opuszczenie nerki może przebiegać bezobjawowo. Kobieta dotknięta nim może nie mieć żadnych z tego powodu dolegliwości, a tylko przypadkowe badanie lekarskie istnienie tej sprawy ujawnia. Kiedyindziej dolegliwości wywołane przez ren mobile są zupełnie wyraźne. Najczęstszym objawem nephroptosis jest ból. Może on mieć charakter tępego gniecenia w okolicy lędźwiowej, promieniującego ku miednicy, a czasami ku górze. Ból ten pojawia się zwykle w pozycji stojącej, a uspakaja przy leżeniu na wznak lub na stronie opuszczonej nerki.

Niekiedy bóle pojawiają się w postaci ostrego napadu, doprowadzającego do omdlenia. Zdarza się to w przypadkach nagłego uniedrożnienia nerki i ostrego rozciągnięcia miedniczki. Czasami

chory nie może umiejscowić dokładnie bólu i odczuwa go w całym brzuchu.

Zaburzenia w składzie i wydzielaniu moczu są niestałe. Może więc być skąpe lub obfite wydzielanie moczu. W moczu stwierdza się czasami małą ilość białka, trochę krwinek czerwonych, częściej zaś krwinki białe.

Kobiety dotknięte znacznego stopnia opuszczeniem nerki mogą mieć zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, w postaci rozwolnień, nudności lub wymiotów pochodzenia uciskowego.

Częściej spotykamy się z zaburzeniami nerwowymi u osób, zwłaszcza kobiet, dotkniętych opuszczeniem nerek. Zdarzają się więc przypadki histerii, neurastenii lub hypochondrii. Zależy to częściowo od ogólnej konstytucji i stanu chorych, częściowo zaś są wywołane przez drobne, lecz uporczywe dolegliwości ze strony nerek.

Rozpoznanie opiera się przede wszystkim na wyczuciu przy obmacywaniu nerki w położeniu nieprawidłowym. Potwierdzeniem rozpoznania będzie wynik pyelografii. Dane te uzupełnione wywiadami pozwalają na właściwe rozpoznanie sprawy.

Leczenie może być zachowawcze lub operacyjne. Potrzebne jest ono tylko w przypadkach, gdy opuszczona nerka daje wyraźne dolegliwości. Od ich natężenia zależy energiczność leczenia. A więc jako sposoby leczenia zachowawczego są: tycie, gimnastyka mięśni brzusznych oraz noszenie pasów podtrzymujących. O ile ten sposób leczenia w ciągu kilku tygodni nie daje rezultatów a natężenie dolegliwości wzrasta, chorą poddać trzeba zabiegowi chirurgicznemu.

Jako metody leczenia chirurgicznego stosuje się nefropexię oraz nefrografię tj. przymocowanie nerki za pomocą szwów chirurgicznych na odpowiedniej wysokości.

Leczenie czerwienicy dietą małobiałkową. P. P a g n i e z.

La Presse Médicale. Nr 64, 1938.

Kilkakrotnie już w prasie lekarskiej ukazały się wzmianki o skutecznym dietetycznym sposobie leczenia czerwienicy.

Metoda ta wprowadzona w r. 1936 przez H e r z o g a polega na stosowaniu u chorych z polyglobulią diety małobiałkowej (dieta Herzoga), szczególnie z ograniczeniem ewentualnie zupełnym wyłączeniem białek zwierzęcych w postaci mięsa, jajek, wątroby a nawet nabiału. Zastosowanie diety tej z dokładnym jej przestrzeganiem w ciągu 6 — 8 tygodni, a następnie kontynuowanie jej w łagodniejszej, lecz według wyżej opisanych zasad ułożonej formie wpływa na zmniejszenie liczby krwinek czerwonych, zawartości hemoglobiny i obniżenie ciśnienia tętniczego krwi.

Teoretycznym uzasadnieniem tej diety jest fakt tłumaczenia roli czynnika C a s t l e'a odwrotnie do jego działania w stanach niedokrwistości złośliwej. Czynnik Castle'a, który pobudza układ szpikowy do tworzenia krwinek czerwonych, jest prawdopodobnie u chorych z polyglobulią nadmiernie czynny, przez co wywołuje zwiększenie ponad normę liczby krwinek czerwonych. Tym samym w leczeniu trzeba się starać ograniczyć wytwarzanie czynnika Castle'a przez ograniczenie dowozu pokarmów zwiększających działanie substancji Castle'a, a odgrywających rolę składnika zewnątrzpochodnego (facteur extrinseque).

ENDOKRYNOLOGIA

O starości. (De la vieillesse). A l e k s a n d e r K o r a n y i.

Presse Médicale. Nr 51. 1938.

Autor rozważa problemat starości cytując na wstępie słowa Cycerona wypowiedziane w 84 roku życia tego autora, „życie zna tylko jedną drogę i droga ta jest prosta, każda jej faza ma swój odrębny charakter, słabość cechuje wiek dziecięcy, porywczość jest cechą młodości, powaga przystoi wiekowi dojrzałemu, a dojrzałość starości". S t r a t z i S c o t t przedstawiają te powolne, ale niepohamowane przeobrażenia za pomocą krzywej z której widać, że przemiana materii zaczyna się zmniejszać od zarania, układ mięśniowy osiąga swój najwyższy rozwój około 30 roku, później nieco życie płciowe, koło zaś 60 roku życia osiąga najwyższego szczytu życie intelektualne. Życie jako całość składa się z tych przemian, które są tak powolne, tak nieznacznie przechodzą jedna w drugą, że dają wrażenie ciągłości, a wahania poszczególnych właściwości poruszają się w bardzo nieznacznych granicach. Stan taki możliwy jest dzięki harmonii złożonych czynności regulacyjnych ustroju ludzkiego, umożliwiających życie w najprzeróżniejszych zmiennych warunkach zewnętrznych i w toku równie różnorodnych złożonych przemian wewnętrznych. Dzięki postępom wiedzy i cywilizacji człowiek potrafi obecnie wzmacniać czynności regulujące, broniące go automatycznie od wpływów świata zewnętrznego, potrafi ponadto do pewnego stopnia przystosowywać warunki życia do swoich potrzeb. Dzięki temu prawdopodobnie czas życia ludzkiego przynajmniej dla Ameryki Północnej od roku 1840 przedłużył się z 41 do 60 lat, czyli o 50%. Jednakże pomimo swoistej mądrości ustroju ludzkiego i jego zdolności przystosowania i regulowania swych czynności, pomimo zdobyczy wiedzy ludzkiej życie ze swymi zdobyczami i zawodami ryje na ustroju ludzkim głębokie ślady, zmieniając właściwości ustroju jako całości. Wyraża się to bądź pod postacią alergii, bądź nadwrażliwości, bądź w postaci odczynów, które wychodzą ponad cel pierwotnie zamierzony i przygotowują w sposób nieuchronny starość z jej nieuniknionym zakończeniem — śmiercią.

Pierwszą cechą starości jest zmniejszona doskonałość czynności regulujących. Starzec znosi gorzej od człowieka młodego chłód i upał. Dowodzą tego statystyki W e s t e r g a a r d a, który wykazuje, że odsetek zgonów ludzi starych w czasie zimy surowej, następującej po miernym lecie, jest wysoki. Na wielkich wysokościach starzec łatwiej traci sen i jego zdolność pracy jest zmniejszona. W czasie pracy człowiek stary męczy się szybciej, nawet jeżeli jego układ krążenia zmian nie wykazuje, a więc zdolność przystosowania się tego układu jest zmniejszona. Odczyn gorączkowy jest nieznaczny, świadczy o tym bezgorączkowy przebieg niektórych chorób zakaźnych u starców (dur brzuszny, zapalenie płuc), inne odczyny chorobowe również się zmniejszają, wyraża się to brakiem złego samopoczucia w przebiegu chorób ostrych, zmniejszeniem natężenia niektórych chorób napadowych (dna, migreny, pokrzywki, dychawica oskrzelowa), które nabierają cech cierpień przewlekłych, zaostrzających się czasami. Zamiast skłonności do chorób ostrych występuje skłonność do cier-

pień przewlekłych. Wyjaśnia to dlaczego pomimo odporności nabytej w stosunku do chorób ostrych na og´ł roczna liczba tygodni choroby, jak to wykazują statystyki kas ubezpieczeniowych, stale wzrasta. Wzrost śmiertelności w wieku podeszłym stoi w związku ze zmniejszeniem odczynów ustroju, gdyż jak m´wi Bichat miarą żywotności jest siła z jaką ustrój opiera się śmierci.

Zwiększona śmiertelność z powodu duru brzusznego, zapalenia płuc itd. wyraża starcze zmniejszenie żywotności ustroju. Zmiany starcze wywołują zaburzenia w równowadze wzajemnych stosunków poszczególnych narządów i ich czynności. Dotyczy to przede wszystkim snu. Potrzeba snu człowieka normalnego jest monofazowa, t. zn. wystarczy jednorazowy 8 godzinny sen, po którym następuje 16 godzin spędzonych bez snu. Inaczej u człowieka starego. Głębokość jego snu nad ranem się zmniejsza, przebudzenie jest zbyt wczesne, pozbawione uczucia wypoczynku i rześkości, towarzyszących obudzeniu człowieka młodszego. Nie jest prawdą, że starzec potrzebuje mniej snu, tylko jego sen nocny jest niewystarczający, potrzeba snu zjawia się wobec tego we dnie, z monofazowego człowiek stary przechodzi w dwufazowy tryb życia, śpi w ciągu dnia popołudniu. Często nawet pomimo bezsenności i uczucia zmęczenia liczba godzin przespanych w ciągu doby jest większa, niż u człowieka młodego. Innym znakiem poprzedzającym starość jest szybki, w ciągu roku kilkukilowy ubytek wagi.

Warunki regulacyjne układu krwionośnego zmieniają się również wyraźnie, po pracy, po wzruszeniach skurczowe ciśnienie krwi podnosi się wyżej i wraca wolniej do stanu prawidłowego, niż u człowieka młodego. Wolniej także występują odczyny ze strony samego serca. Wzruszeniu człowieka młodego towarzyszy często uczucie bólu i zamierania serca. Autor por´wnuje to zjawisko do napadu dusznicy bolesnej, jednakże ból serca u człowieka młodego występuje szybko po wzruszeniu, u człowieka starego dopiero po dłuższej chwili. Zmiany naczynioruchowe prowadzą w końcu do wytworzenia się skurczowego nadciśnienia krwi, które jest przyczyną zgonu u 15% ludzi dojrzałych, a 23% u ludzi powyżej 50 lat. Stosunek między nadciśnieniem krwi a miażdżycą tętnic wskazuje na wzajemny związek starości i choroby. Ewolucja postępującego nadciśnienia pozwala uchwycić przejście starości w chorobę. Upośledzenie układu naczynioruchowego, kt´rego właściwe zadanie polega na każdorazowym przystosowaniu krążenia do potrzeb obwodu i narząd´w wewnętrznych obarcza w starości wzmożoną pracą serca i powoduje powiększenie jego wagi u ludzi starszych. Badania Müllera wykazały, że przerost ten dotyczy w znaczniejszym stopniu przedsionków, niż komór, z czego należy wnioskować, że praca pierwszych się zwiększa z powodu gorszego opróżniania się ostatnich. Postępując nieco dalej proces ten prowadzi do zastoju i z tą chwilą serce starcze staje się sercem chorym. Doskonałość budowy tętnic i tętniczek zmniejsza się również z biegiem czasu, wyrazem

tego jest gorsze przystosowanie się do potrzeb, pogarszające się w miarę rozwoju miażdżycy, która równocześnie z nadciśnieniem jest najważniejszą przyczyną zmian mięśnia sercowego w wieku starczym. Procesy te łączą się ze sobą i w miarę powstawania zastoju pogarszają krążenie płucne: często słyszy się wtedy szmer skurczowy, rzadziej zaakcentowanie drugiego tonu nad tętnicą płucną. Te różne zmiany krążenia tłumaczą różny wygląd, w zależności od wieku, chorych z niewydolnością krążenia. Niewydolność krążenia ludzi starych jest mniej rzucająca się w oczy, twarz jest blada, obrzęki i sinica mniej wyrażone, wątroba nie tak powiększona itd.

Miażdżyca i nadciśnienie skurczowe — są to te dwa zasadnicze procesy odbywające się w wieku starczym i wpływające wzajemnie potęgująco na siebie. Zmiany małych tętniczek z ich najważniejszymi umiejscowieniami w nerkach, w sercu, w trzustce, w małych tętnicach i tętniczkach centralnego układu nerwowego w zależności od tego gdzie są głównie umiejscowione nadają w poszczególnych przypadkach sprawie chorobowej charakter właściwy, najczęściej jednak łączą się one z przerostem lewej połowy serca, wyrównującym nadciśnienie, będące wyrazem starzenia się naczyń. Zmiany krążenia odbijają się na wszystkich narządach między innymi i na krążeniu płucnym.

Sama klatka piersiowa podlega także zmianom starczym, chrząstka staje się mniej podatna, klatka piersiowa traci swą elastyczność, jednakże różni się od beczkowatej rozedmowej klatki piersiowej F r e u n d a, powstałej na tle konstytucjonalnym. Przy rozedmie starczej niema przedłużenia chrząstek żebrowych, ustawienie jest wydechowe, odwrotnie przy rozedmie konstytucjonalnej ustawienie jest wdechowe i chrząstki żebrowe wydłużone. Natomiast rozedma starcza tak jak rozedma konstytucjonalna cechuje się zmianami tkanki płucnej, staje się ona bardziej rozciągliwa, zanikają przegrody międzypęcherzykowe; zmiany tkanki powodują zmniejszenie pola krążenia płucnego, jednakże przerost serca prawego i akcentuacja drugiego tonu nad tętnicą płucną nie są tak silne, gdyż widocznie przy zmniejszonych potrzebach ustroju starczego i zmiany wyrównawcze nie zaznaczają się tak wyraźnie. Te cechy starzenia się ustroju: przemiany czynnościowe i morfologiczne uwarunkowane nierównomiernym starzeniem się różnych narządów, upośledzeniem czynności i odczynów regulacyjnych ustroju, w zależności i równocześnie z chorobami miejscowymi różnych narządów nadają starości w każdym poszczególnym przypadku jej cechy charakterystyczne. Śmierć ustroju wysoko zorganizowanego robi wstrząsające wrażenie nagłego zakończenia jakiegoś wysoko zorganizowanego procesu. Jednakże nagły koniec jest tylko pozornie nagłym, gdyż kryją się za nim procesy różnorodne i złożone, powoli przygotowując wstrząs harmonijnych czynności całego ustroju, który dzięki swym złożonym i wysokim zdolnościom regulacyjnym jest jednak jednością. Śmierć jest przerwaniem i zniszczeniem tej jedności.

Śmierć, złamanie jedności, jest przygotowywane we wszystkich komórkach. Jednak dotychczas nie wiemy z pewnością czy wszystkie fazy życia począwszy od urodzenia aż do śmierci są tylko fazami jednolitego procesu. Doświadczenia L o e b a wykazały, że w prostych formach życia rozwój i procesy starzenia nie posiadają natury jednolitej. Jeżeli bowiem obniżyć ciepłotę otoczenia o 10°, szybkość dojrzewania mięczaków zmniejsza się o połowę, natomiast życie zimnokrwistych zwierząt morskich się przedłuża, jeżeli ciepłota milieu spada o 1°.

Leczenie przerostu gruczołu krokowego całkowitymi wyciągami z jąder. (Traitement de l'hypertrophie prostatique par l'extrait testiculaire total). C u n e o e t J o m a i n.

Presse Médicale. Nr 47. 1938.

Gruczoł krokowy przerasta głównie w okolicy środkowej. Autorzy znaleźli pod błoną śluzową cewki nagromadzenia komórek, których przewód przechodził pod uchyłkiem gruczołu krokowego. Grupy tych komórek znaleziono tylko u ludzi starszych koło 50 roku życia. Łącząc to spostrzeżenie z charakterystycznym ujściem przewodu, świadczącym o związku z gruczołami płciowymi żeńskimi, wnioskują autorzy, że przerost tej grupki gruczołowej spowodowany jest czynnikami dokrewnymi. Hormony płciowe mają bowiem wielki wpływ na wszystkie narządy złączone z aparatem płciowym. Zmniejszenie wydzielania wewnętrznego jąder narusza równowagę hormonalną, od której zależy struktura morfologiczna męskiego narządu płciowego i sprzyja rozwojowi części embrojologicznie żeńskiej. Należy wobec tego przypuszczać, że stosowanie wyciągów z jąder może działać zapobiegawczo na przerost gruczołu krokowego. Autorzy stosowali wyciąg całkowity jąder, a nie poszczególne jego składniki jak androsteron lub testosteron.

Synteza poszczególnych hormonów nie oznacza jeszcze, że hormony te posiadają te same właściwości co wyciągi z których pochodzą zbadane i następnie wytworzone syntetycznie ciała. Doświadczenie wykazało, że najbardziej czynne są właśnie te przetwory hormonalne, które obok ciał czynnych zawierają jeszcze i ciała dodatkowe, znajdujące się w wyciągach. Cechą charakterystyczną hormonów jest ich właściwość działania w dawkach bardzo małych, ich wpływ zaznacza się raczej pewnym zaakcentowaniem normalnych procesów fizjologicznych, niż nagłym wywołaniem jakiejś zmiany. Początkowo nie widząc by hormony miały jakieś właściwości toksyczne stosowano je w dawkach dużych, dopiero później pokazało się, że niektóre hormony jak np. follikulina mają wpływ szkodliwy, np. mogą powodować wytwarzanie się nowotworów złośliwych. Z tych wszystkich względów autorzy uważają, iż najkorzystniej jest stosować w małych dawkach całkowity wyciąg gruczołowy, którego działanie jest bardziej pewne, a mniej niebezpieczne.

Autorzy podają codzień w ciągu 20 dni po dwie ampułki wyciągu jąder (każda ampułka zawiera 3 międzynarodowe jednostki fizjologiczne, jej działanie na grzebień kapłona równa się działaniu 3/10 mg octanu androsteronu). Z chwilą wystąpienia poprawy zmniejsza się dawkę, stosując po jednej ampułce dziennie w ciągu około 15 dni, jeszcze później stosuje się po jednej ampułce co drugi lub co trzeci dzień. Następne leczenie zależy od właściwości osobniczych jednostki, dawka wyciągów musi być przystosowana do indywidualności przypadku i zależna od tego jak dalece jest upośledzona czynność wydzielnicza jąder. Z tych samych względów trudno jest przewidzieć czas leczenia, właściwie powinno ono być

trwałe albo podejmowane na nowo przy pogorszeniu. O wpływie leczenia hormonalnego świadczy zmniejszenie zaburzeń w oddawaniu moczu, rzadsze oddawanie moczu nocnego, mniejsze trudności przy oddawaniu moczu, wreszcie wyniki uretrografii.

Wyniki tego leczenia hormonalnego, wskazanego tylko w przebiegu gruczolaka gruczołu krokowego są na ogół korzystne, zmniejszają się zaburzenia czynnościowe, zmniejsza się oddawanie moczu w nocy, mocz jest oddawany z większą siłą, chorzy mają przyjemne uczucie lepszego opróżniania się pęcherza, badanie doodbytnicze wykazuje, że gruczoł krokowy się zmniejszył, poprawia się przy tym i stan ogólny chorych, którzy nabierają sił i młodnieją.

Obrażenia narządów pochodzenia nerwowego. (Les lesions viscérales d'origine nerveuse). P. Mauriac.

Paris Médical. Nr 11. 1938.

Autor już dawno wypowiedział przekonanie, że zaburzenia naczynioruchowe, powtarzające się często w narządzie mogą pociągnąć za sobą zmiany troficzne i zanikowe, powodując tą drogą stałe zaburzenia czynnościowe. Ostatnio Abrami zwrócił uwagę, że przewlekłe i podostre zapalenie nerek może powstać na tle zaburzeń nerwowych pochodzenia czynnościowego i może ustąpić równocześnie z ustąpieniem zaburzenia nerwowego. Autor zwraca uwagę, że pewne okresowe postaci cukromoczu, występujące równocześnie lub następowo po zaburzeniach naczynioruchowych mogą być spowodowane zmianami tej samej natury, ale odbywającymi się w trzustce. Związek, zachodzący między zaburzeniami nerwowymi, nadciśnieniem samoistnym a przewlekłym zapaleniem nerek potwierdzony jest badaniem doświadczalnym i tak przecięcie 4 nerwów depressor prowadzi do nadciśnienia, a w końcu do zmian w nerkach. Według innych autorów nadciśnienie pochodzenia nerwowego powoduje zmiany w naczyniach i uszkodzenie kłębuszków nerkowych. Prawdopodobnie narząd pozbawiony swych naturalnych hamulców naczyniowych pozostaje pod wpływem nerwu współczulnego, a stałe wydzielanie sympatyny wywołuje podobne zmiany wsteczne w naczyniach jakie stwierdzono przy wielokrotnym wstrzykiwaniu adrenaliny.

Czy resekcja nerwów trzewnych jest właściwą metodą leczniczą nadciśnienia samoistnego trwałego: La resection des nerfs splanchniques est elle legitime comme traitement de l'hypertension arterielle essentielle permanente). Hermann et Sabadini.

Presse Médicale Nr 3. 1937.

Przyczyna trwałego skurczowego nadciśnienia krwi nie jest ustalona, jednakże w ostatnich latach przypisuje się ją nadmiernemu wydzielaniu adrenaliny, przez nadnercza, stwierdzono bowiem, że u chorych z nadciśnieniem poziom adrenaliny we krwi jest podwyższony i przypisywano to przerostowi nadnerczy i wzmożeniu wydzielania hormonów, powodujących nadciśnienie. Pierwszy Pende podjął myśl leczenia nadciśnienia przez przecięcie nerwów wydzielniczych nadnerczy — nerwów trzewnych. Zabieg ten, przecinając najważniejszy skurczowy nerw równocześnie wzmaga wszystkie te czynniki, które działają rozszerzająco na naczynia; powoduje on zmniejszenie wydzielania adrenaliny i zanik nadnerczy. Autorzy zwracają jednak uwagę, że prócz nerwów trzewnych nadnercza otrzymują jeszcze włókna od zwoju półksiężycowego, nadto od splotu przeponowego, od splotu nerkowego i od splotu słonecznego. Duży nerw trzewny nie jest więc jedynym źródłem unerwienia nadnerczy, a nawet po jego przecięciu mogą dojść do nadnerczy włókna, odchodzące bardzo wysoko od nerwu trzewnego. W stosunku do nerwu trzewnego, unerwienie każdego nadnercza jest samodzielne, niezależne od nerwu strony przeciwległej, jednakże oba nerwy trzewne łączą się ze sobą. W doświadczeniu zwierzęcym po lewostronnym przecięciu nerwu trzewnego, po przejściowym spadku ciśnienia wraca ono powoli do stanu uprzedniego, tak samo zachowuje się po obustronnym przecięciu, podobnie działa zupełna symtpatektomia. Po splanchnikotomji wydzielanie adrenaliny jest zmniejszone i jak twierdzi Pende następuje zanik miąższu nadnerczy.

Jednakże wyniki doświadczeń autorów wykazują, że pomimo przecięcia nerwów trzewnych i części lędźwiowej nerwu współczulnego budowa nadnerczy nie ulega wyraźnym zmianom i nadnercza zawierają pokaźną, choć mniejszą ilość adrenaliny, niż nadnercza z inerwacją nietkniętą. Jednakże w ostatecznym wyniku pomimo mniejszego wydzielania adrenaliny przez gruczoły pozbawione swych nerwów wydzielniczych, nie wiadomo czy odczyn ustroju nie będzie silniejszy w stosunku do mniejszych ilości adrenaliny, badania doświadczalne wykazały bowiem, że zwierzęta po sympatektomji są szczególnie wrażliwe na najmniejsze dawki. Wobec tego, jeżeli nawet zmniejszy się wydzielanie jednego gruczołu, uczulając równocześnie wielkie obszary naczyniowe w jamie brzusznej na działanie hormonu nie jest pewne czy zamierzony cel obniżenia ciśnienia będzie osiągnięty. Z tego punktu widzenia zabiegi te są bronią obosieczną. Zresztą doświadczenia zwierzęce wykonane przez Lerich'a, Heymans'a na psach wykazały, że wywołane doświadczalnie nadciśnienie u tych zwierząt obniża się tylko przejściowo po jednostronnej sympatektomji lub po usunięciu półtora nadnercza. Wszystkie te doświadczenia wykazują, że doświadczalne przecięcie nerwów trzewnych ani nie usuwa nadciśnienia, ani nie przeszkadza do jego wytworzenia się. Krytyczna ocena operowanych dotychczas przypadków nadciśnienia samoistnego również w większości przypadków nie wykazuje wyraźnego korzystnego działania zabiegu, dalsze spostrzeżenia z patologii ludzkiej są tutaj jeszcze konieczne. Wprawdzie w pewnych przypadkach u człowieka występuje wyraźna poprawa stanu klinicznego, należy jednak pamiętać, że w nerwach trzewnych znajdują się prócz włókien wydzielniczych i zwężających naczynia, równocześnie włókna czuciowe, które są może drogami dla odruchów powstających w jamie brzusznej. Zabieg więc działa nietylko przez zmniejszenie wydzielania adrenaliny, przez zmniejszenie napięcia naczynioruchowego w obrębie jamy brzusznej, ale także przez przerwanie powodujących nadciśnienie dróg odruchowych z jamy brzusznej. (Pende).

Układ nerwowo - wegetatywny w okresie hypertermji. (Le systeme neuro - vegetatif au cours de l'hyperthermie). Pasteur-Vallery-Radot, Mauric, Lemant.

Presse Médicale. Nr 16. 1937.

Leczenie gorączką, dające tak korzystne wyniki w wielu przypadkach działa prawdopodobnie przez układ wegetatywny. Na zwierzętach stwierdzono, że gorączka obniża napięcie nerwu błędnego, powiększa nerwu współczulnego, Danielopolu znajdował obniżenie napięcia obu odnóg układu wegetatywnego, inni autorzy znajdowali wzmożone napięcie błędnego, zmniejszone nerwu współczulnego. Naogół jednak przeważa zdanie, że w czasie gorączki wzmożone jest napięcie nerwu współczulnego.

Autorzy badali ogólne napięcie układu nerwu wegetatywnego w stanie normalnym i w okresach gorączkowych za pomocą następujących prób: odruchu okosercowego i odruchu ze splotu słonecznego, odruchów naczynioruchowych z dużych naczyń kończyn po kąpielach zimnych i gorących, odruchów małych naczyń skóry po śródskórnych wstrzyknięciach histaminy, acetylcholiny i adrenaliny. Badań tych dokonywano na osobach dorosłych w wieku od 20 — 56 lat, zawsze rano na czczo, dwóch badań dokonywano w stanie bezgorączkowym, następnie w gorączce. Gorączkę wywoływano za pomocą wstrzykiwań oleistych zawiesin siarki. W 4 przypadkach gorączka wyzwolona była przez ataki zimnicy, ogólnego zakażenia ,ostrego gośćca. Wyniki badań były niezależne od przyczyny wywołującej gorączkę. Badania były wykonane na 17 chorych. Odruch okosercowy badano po ucisku gałek ocznych przez 17 sekund i uważano za fizjologiczne zmniejszenie tętna o 4 — 12 uderzeń, odruch ze splotu słonecznego badano przez ucisk tego splotu przez 15 sekund przyczem wyrazem odruchu było zmniejszenie się wskaźnika oscylometrycznego na ramieniu, odruchy z wielkich naczyń kończyn badano, porównując wskaźniki oscylometryczne z kończyn po gorącej (40°) i po zimnej kąpieli (10°). Wahania oscylometryczne zapisywano graficznie. Histaminę, acetylcholinę i adrenalinę wstrzykiwano doskornie zawsze w dawce 0,1 cm³ pierwszą w roztworze 1/1000, drugą 10/100, trzecią 1/1000.

Jak wiadomo w miejscu wstrzyknięcia histaminy występuje 20 — 30 sekund po wstrzyknięciu zaczerwienienie, świadczące o bezpośrednim podrażnieniu małych naczyń sk'rnych, po 2 — 3 minutach również w miejscu wstrzyknięcia zjawia się wzgórek obrzękowy, świadczący o wzmożonej przepuszczalności naczyń włosowatych, otoczony na obwodzie zaczerwienieniem o średnicy około 3 — 7 cm, wyzwolonym prawdopodobnie przez wegetatywny odruch skórny. Autorzy zwracali szczególną uwagę na czas występowania poszczególnych odruchów skórnych.

Z badań autorów wynika, że odruch okosercowy w 13 na 17 przypadków w czasie gorączki się zmniejszył, odruch ze splotu słonecznego w 14 na 17 przypadków się powiększył, u 16 na 17 chorych wystąpiły w czasie gorączki objawy wzmożonego napięcia nerwu współczulnego. Z badań wskaźnika oscylometrycznego kończyn po kąpielach zimnych i gorących wynika, że odruchy skurczowe naczyń w czasie gorączki są równie wyraźne jak w czasie bezgorączkowym, natomiast odruchy rozszerzające naczynia są często zniesione. Przewaga w czasie gorączkowym wpływów kurczących naczynia przemawia również za większym napięciem układu nerwu współczulnego w tym czasie, natomiast gorączka zdaje się nie posiadać żadnego wpływu na stan małych naczyń skórnych. Świadczy to o pewnej niezależności układu naczynioruchowego włosowatego od układu naczynioruchowego tętniczego (Roussy i Mosinger stwierdzili to również). Gorączka wywołana przez czynniki zakaźne ma r'wnież pobudzający wpływ na układ nerwu współczulnego. Wzmożone napięcie nerwu współczulnego zależy od stopnia podwyższenia ciepłoty i trwa jeszcze przez pewien czas (2 — 3 dni) po jej spadku.

CHOROBY NERWOWE.

Psychiatria w roku 1937-1938. (La psychiatrie en 1937-1938). N. Péron.

Paris Médical. Nr 29, 16 czerwiec 1938.

I. Psychozy toksyczno-infekcyjne.

Aubrun w pracy swej o zmianach psychicznych u parkinsoników przychodzi do wniosku, że uwaga jest wyraźnie dotknięta, szybko się wyczerpuje, pamięć mniej jest zaburzona, a szczególnie pamięć wzrokowa. Jednak zdarzenia najświeższe są trudniej utrwalane. Jeżeli chodzi o poziom intelektualny ,to obserwuje się zmiany w procesach kojarzeniowych, które są wyraźnie zwolnione (bradyphrenia Neuville'a). Afektywność chorych nie tylko nie znajduje uzewnętrznienia ze względu na brak ruchów mimicznych i „zesztywnienie" ogólne, ale ulega zmianom sama przez się. Wola ulega zmianom wskutek zaburzeń w „inerwacji ruchowej". Wydaje się, że najistotniejszą rolę w mechanizmie zaburzeń psychicznych u parkinsoników odgrywa czynnik emocjonalny.

Bussel, zastanawiając się na stanem psychicznym narkomanów, zgodnie z Dupoy przyjmuje dla większości przypadków dwie przyczyny: jedna predysponującą — chwiejność psychiczną, drugą przypadkową i determinującą — wpływ przykładu. Odróżniać należy dwa typy narkomanów: przypadkowych i predestynowanych. Pierwsi dotknięci są chorobami, związanymi z silnymi bólami, zmuszającymi do użycia morfiny; drudzy należą do prawdziwych psychopatów („niezrównoważeni konstytucjonalnie"), najczęściej są to polinarkomani i niemal zawsze recydywiści. Dla narkomanów predestynowanych rodzaj otoczenia, niekiedy rola lekarza stwarzają właściwe przyczyny dla rozwoju narkomanii; w niektórych przypadkach zmian psychicznych o charakterze cyklicznym długotrwale używanie morfiny nie prowadzi do narkomanii. U wielu narkomanów dokładne badanie wykrywa podłoże cyklotymiczne z lękami. Są to najczęściej przeczuleni z chorobliwym lękiem przed bólem.

Paul William Pren i Francis Guide z Newhaven (Connecticut), opierając się na 4 własnych obserwacjach psychoz, występujących w związku z operacjami ocznymi najczęściej po usunięciu katarakty, przychodzą do wniosku, że największą rolę w wybuchu zaburzeń psychicznych odgrywają czynniki emocjonalne, połączone z lękami, wskutek przewiązania obydwu oczu i niepokój przed oślepnięciem. Najczęściej możność usunięcia opatrunku z oka zdrowego wystarcza

do uspokojenia chorego. Ten stan „paniki natury psychorodnej" daje dobrą prognozę. Gdy zmiany psychiczne kojarzą się z posuniętą miażdżycą naczyń, tak częstą u operowanych z zaćmą, rokowanie należy do znacznie cięższych.

Nadmierne używanie kawy według Privat de Fortuné i Belfils'a może doprowadzić do zaburzeń ruchowych i zmian psychicznych: występują drżenia, zaburzenia czucia, parestezje, świąd, zawroty głowy, zaburzenia przewodu pokarmowego; dobrze wszystkim znane zmiany naczyniowe (tachycardia). Kawa jest środkiem podniecającym, ułatwia pracę umysłową, w przypadkach mieszanych, gdzie w grę wchodzi i alkoholizm, kawa nadaje specjalny charakter zaburzeniom psychicznym. Privat de Fortuné i Berrils obserwowali w przypadku ostrego podniecenia alkoholowego niepokojące zaburzenia naczyniowe, związane z kafeizmem. Kafeizm jest czynnikiem uczulającym przy występowaniu powikłań alkoholowych. Konstytucja psychopatyczna predysponuje do wystąpienia zaburzeń psychicznych; długotrwałe nadużywanie nadmiernych ilości kawy doprowadza do zmian psychicznych. Wszystkie zaburzenia ustępują szybko po odstawieniu kawy.

Martimor i P. Neveu leczyli dwóch chorych z psychozą Korsakowa i zapaleniem wielonerwowym wstrzykiwaniem dolędźwiowym witaminy B1 (2 razy tygodniowo po 500 jednostek, później 1000 jednostek; razem seria z 11 wstrzykiwań). Występowała poprawa zaburzeń chodu, bez poprawy odruchów. Stan psychiczny nie ulegał poprawie. Ubocznych skutków nie obserwowano z wyjątkiem bólów głowy niewielkich, pod warunkiem powolnego wstrzykiwania roztworu witaminy przy pomocy cienkiej igły.

P. Cossa, Bongeant, Puech i Sassi (z Nicei) wznawiają metodę leczenia strychniną zaburzeń mózgowych alkoholowych, polecana przez Lutona z Rheims. Chauffard zaleca dawki wysokie 10 do 11 mlg dziennie. Cossa i towarzysze zalecaja strychnine zarówno w przypadkach ostrych, jak i przewlekłych. W ostrym splątaniu niejednokrotnie trzeba dawki dziennie 10 do 16 mlg. przekraczać; w jednym przypadku dla przerwania ostrego napadu atakteczno - adynamicznego trzeba było użyć 37 mlg. W postaciach podostrych stosowano w ciągu 20 dni średnią dawkę 15 mlg.

Naogół pomimo dużych dawek nie obserwowano objawów zatrucia. Strychnina działa na elementy ruchowe, kurcze, bóle, drgania mięśniowe. Uspakaja głód narkotyku wzmaga procesy obronne. Wpływ na diurezę i czynności wątroby jest niezwykły; wydaje się, że wzmaga czynności wątroby. Na otępienie w alkoholiźmie przewlekłym strychnina nie ma wpływu. *Kuligowski.*

CHIRURGIA

Rdzeń kręgowy jako przeszczep w miejscu uszkodzonego nerwu. (La moelle epinière utilisé comme greffon héteroplastique dans la blessure des nerfs périphériques). A. Gosset, I. Bertrand. *Journ. de Chir. kwiecień 1938 r.*

Zaburzenia czynnościowe występujace przy uszkodzeniach nerwów ruchowych czynią z chorego inwalidę w znacznym stopniu, to też od dawna chirurgia szuka sposobów leczenia tych cierpień.

W świeżych przypadkach przerwania ciągłości nerwu szew pierwotny jego otoczki daje pewien procent wyleczeń, w przypadkach zastarzałych tego rodzaju zabieg wyniku nie daje.

Wykonane próby z przeszczepami nerwów innej okolicy lub hetero-przeszczepami — również się nie powiodły. Badania histologiczne wykonanych przeszczepów wykazują znaczny rozwój tkanki łącznej z otoczki nerwu lub tkanek okolicznych — zamykający światło otoczki nerwu i uniemożliwiający rozrost neurytu w kierunku obwodowym. Poszukiwania autorów poszły w kierunku znalezienia do przeszczepu tkanki nerwowej, zawierającej mało tkanki łącznej. Tym warunkom odpowiada najlepiej rdzeń kręgowy.

Badania doświadczalne przeprowadzali autorzy na psie, któremu operacyjnie przecięto i częściowo wycięto oba nerwy kulszowe I — na przestrzeni 1 cm, II — na przestrzeni 3 cm, a wytworzone w ten sposób ubytki uzupełniono przeszczepem z rdzenia kręgowego królika. Na drugi dzień po zabiegu nastąpiło całkowite porażenie obu kończyn. Dopiero po 6 tygodniach zaznaczyła się pewna poprawa, pies zaczął chodzić, z początku niepewnie, z czasem mógł nawet wspinać się i skakać. Badanie przeszczepu po tym czasie wykazało pełną jego żywotność ze znacznym rozwojem komórek nerwowych.

Tego rodzaju przeszczepy wykonali autorzy w 27 przypadkach uszkodzenia nerwów u ludzi. W 4 przypadkach uzyskali bardzo dobre wyniki — w pozostałych ze względu na krótki okres pooperacyjny wyników na razie nie podają.

Opisane 4 przypadki dotyczyły uszkodzenia 1 — nerwu promieniowego, 2 — nerwu pośrodkowego, 1 — nerwu kulszowego. Wszyscy ci chorzy byli młodzi. Zaburzenia czynnościowe cofnęły się, pozostawiając niewielkie ślady w postaci osłabienia mięśni i zmniejszenia się ich pobudliwości galwanicznej. Stopniowe polepszanie się stanu czynnościowego stwierdzono już po miesiącu i zwiększało się aż — w jednym przypadku — do 9-go miesiąca po zabiegu.

Rdzeń używany do przeszczepu pochodził od królika lub kota młodego wagi 2—3 kg. Zwierzę zabijano przez wykrwienie w lekkiej narkozie eterowej. Przy zachowaniu wszelkich warunków aseptyki odsłaniano kręgosłup zwierzęcia, odejmowano łuki kręgów, bez otwierania opony twardej, poczem wyjmowano kręgosłup wraz z rdzeniem i wkładano do 20% roztworu formolu.

Na II dzień rdzeń wyjmowano z rynny kostnej kręgosłupa i umieszczono w świeżym roztworze formolu na przeciąg od 1 tygodnia do kilku miesięcy. Na kilka dni przed zabiegiem przeszczepienia wkładano rdzeń do roztworu fizjologicznego — na 24 godziny, potem do 90° alkoholu na 2—3 dni. Przeszczep przygotowany do zabiegu miał 15—18 cm długości, którą w czasie zabiegu dostosowywano do długości ubytku w nerwie. Przeszczep łączono z obu końcami przerwanego nerwu przez zeszycie wolnych brzegów opony twardej z wolnymi brzegami otoczki nerwowej nerwu zapomocą kilku pojedyńczych szwów jedwabnych. Ranę pooperacyjną zaszywano całkowicie.

Osiągnięte w ten sposób wyniki nie mogą być jeszcze miarodajne ze względu na skąpy i świeży

materiał kliniczny. Jednakże wyniki w tych 4 przypadkach są bardzo zachęcające.

W celu przyśpieszenia regeneracji tkanki nerwowej przeszczepu i nerwu autorzy zamierzają w następnych przypadkach stosować po operacji wstrzykiwanie lecytyny.

Operacyjne leczenie stopy koślawo - płaskiej. (Traitement chirurgical du pied plat valgus douloureux). A. T r è v e s.

Paris Médical, czerwiec 1938.

Stopa płaska jest schorzeniem często spotykanym. Badając dzieci w wieku szkolnym autor stwierdził u 30% stopy płaskie. Leczenie w tym wieku ogranicza się zazwyczaj do zastosowania odpowiednich wkładek i odpowiedniego obuwia, co zwykle poprawia statykę stopy.

Wysklepienie stopy tworzą dwa łuki wewnętrzny i zewnętrzny, ropoczynające się wspólnie od guza tylnego kości piętowej. Łuk wewnętrzny tworzy: kość piętowa, skokowa, łódkowata, kości czworoboczne i 2 pierwsze kości śródstopia; łuk zewnętrzny tworzy: kość piętowa, sześcienna, IV i V kość śródstopia. Szczyt łuku wewnętrznego tworzy kość skokowa i na to miejsce najsilniej działa ciężar ciała. Kość skokowa wywiera z kolei ucisk na kość piętową od strony górno - wewnętrznej. Przy osłabionych więzadłach na skutek działania tego ucisku kość piętowa skręca się wzdłuż osi podłużnej dolną powierzchnią nazewnątrz — tworzy się stopa koślawa. Schorzenie, to niebolesne w wieku dziecięcym — w wieku młodzieńczym pogłębia się (wzrost wagi), więzadła stopy rozciągają się, a kości zniekształcają. Pojawiają się przykurcze ścięgien, które zwłaszcza przy chodzeniu sprawiają choremu znaczne dolegliwości. Często również wykoślawia się paluch. Stosowanie wkładek w tym okresie jest bezcelowe. Stopę koślawo płaską wieku młodzieńczego i dojrzałego leczyć można dwojako: 1) przez nastawienie bezkrwawe, 2) przez zabieg operacyjny.

Nastawienie bezkrwawe wykonuje się w uśpieniu ogólnym i zazwyczaj na jednym posiedzeniu poprawy należytej nie daje się osiągnąć, powtarzać je nieraz trzeba kilkakrotnie, by wreszcie po osiągnięciu maksymalnej korekcji unieruchomić stopę w opatrunku gipsowym na przeciąg 6 tygodni. Autor stosuje często tego rodzaju leczenie jednakże stwierdza, że zupełnego wyleczenia tym sposobem osiągnąć nie można, nie zapobiega on również nawrotowi i zmusza chorego do noszenia stale specjalnego obuwia. W przeciwieństwie do tego sposobu zabieg operacyjny daje całkowitą i stałą poprawę.

Zabieg stosowany przez autora polega na otwarciu stawu skokowego dolnego i stawu skokowo-łódkowatego, zdłutowaniu ich powierzchni, wycięciu klina od strony wewnętrznej z kości skokowej i łódkowatej i wszczepieniu tego klina w szparę stawu skokowo-łódkowatego od strony zewnętrznej. Jednocześnie autor przedłuża ścięgna m. strzałkowych (m. peroneus), które są zazwyczaj przykurczone.

W wyniku tej operacji (statystyki nie podaje) uzyskał autor całkowitą poprawę statyki stopy i ustąpienie bólów. W opisanym przypadku 16-letniej chorej podaje, że po upływie 6 tygodniu od operacji mogła ona biegać i wspinać się na palce bez żadnych dolegliwości.

3 przypadki złamania kręgosłupa leczone wstrzykiwaniami roztworów nowokainy. (3 fractures de la colonne vertebrale traitée par des infiltrations novocainiques). A. J u n g, N. C h r i s t è a s.

Revue de Chir., czerwiec 1938.

W przypadkach wykręcania stawów i złamań wewnątrz-stawowych dodatnie wyniki lecznicze wstrzykiwań roztworu nowokainy do okolicy ogniska urazowego były tylokrotnie potwierdzane, że sposób ten zyskał sobie ogólne prawo obywatelstwa. Wstrzyknięcia nowokainy znosi tutaj prawie natychmiast bóle samoistne i bolesność ruchów, znosi odruchy naczynio-ruchowe i napięcie odruchowe mięśni i sprzyja szybkiemu powrotowi sprawności ruchowej uszkodzonej części ciała.

Opierając się na tych spostrzeżeniach autorzy zastosowali ten sposób leczenia w 3 świeżych przypadkach złamania trzonu kręgów, w których przy braku większego przemieszczenia odłamów i nieobecności porażeń nerwowych nie można było zalecić unieruchomienia chorego ze względu na przeciwwskazania natury ogólnej (nadmierna otyłość, podeszły wiek).

W jednym przypadku u kobiety 63-letniej chorej na kiłę nastąpiło złamanie „wskutek upadku” trzonu I kręgu lędźwiowego. W drugim — u mężczyzny 30-letniego nastąpiło na skutek przygniecenia przez płytę stalową zgniecenie XII kręgu piersiowego i odłamanie przednio-górnego brzegu II kręgu lędźwiowego; w trzecim — kobieta 43-letnia uległa wskutek przejechania przez samochód zgnieceniu III kręgu lędźwiowego. We wszystkich 3 przypadkach miało miejsce zupełne zniesienie ruchów danego odcinka kręgosłupa, bóle samoistne i mniej lub więcej nasilona duszność wskutek utrudnienia ruchów oddechowych.

Leczenie polegało na kilkakrotnym wstrzyknięciu w odstępach kilkudniowych 1% roztworu nowokainy w ilości 10 — 20 cm³ na dawkę. Roztwór ów wstrzykiwano w okolicę ogniska złamania i do więzadła kręgosłupowego przedniego wspólnego, które będac obficie zaopatrzone w zakończenia nerwowe jest głównym punktem wyjścia chorobliwych odruchów i najbardziej dotkliwych subiektywnych objawów chorobowych. Wstrzyknięcie roztworu nowokainy usuwało prawie natychmiast dotkliwe objawy kliniczne na okres parodniowy i przywracało prawie całkowicie sprawność kręgosłupa.

Wyliczone wyżej przypadki leczone były wyłącznie wstrzykiwaniami bez unieruchomienia kręgosłupa, przy czym ostateczny wynik leczniczy skontrolowany po 3 latach był zupełnie dobry.

Jadwiga Czyżewska.

ORTOPEDIA.

W sprawie porażenia Volkmanna. (A propos de la paralysie de Volkmann). T a v e r n i e r i D e c h a u m e.

Revue d'Orthop. Nr 2, 1938.

Mechanizm powstania porażenia V o l k m a n n a nie został jak dotąd wyjaśniony mimo usiłowań wielu badaczy. W sprawie tej wysunięto szereg przypuszczeń, jako główny czynnik patogenetyczny uważany bywa przeważnie odruchowo powstały skurcz naczyń przedramienia.

O słuszności takiej czy innej wysuwanej w tych razach hipotezy niepodobna było dotąd sądzić wobec zupełnego braku danych świadczących o istocie zmian anatomiczno - patologicznych w początkowych okresach omawianego cierpienia.

Autorzy mieli sposobność stwierdzić takie zmiany w 2 obserwowanych przez nich przypadkach.

Przypadek I. Dziewczynka 8-letnia po upadku na łokieć doznała złamania nadkłykciowego kości ramieniowej ze znacznym przemieszczeniem przednim dolnego odłamu. Złamanie zostało natychmiast nastawione, kończynę unieruchomiono w opatrunku gipsowym. W dniu następnym stwierdzono obrzmienie dłoni oraz porażenie palców; opatrunek gipsowy rozcięto i rozluźniono. Po upływie dalszych 24 godzin wobec wzrastającego obrzmienia kończyny i utrzymującego się porażenia dokonano zabiegu operacyjnego. Długie podłużne nacięcie w zgięciu łokciowym. Tkanka podskórna umiarkowanie obrzękła, w niej nieliczne wylewy krwawe. Powięź powierzchowna bardzo napięta, przez szczelinę po jej nacięciu uwypukliły się mięśnie pozostające najwidoczniej pod znacznym ciśnieniem; zwracało uwagę zabarwienie mięśni fioletowo - czarne przypominające barwę jelita w uwięźniętej przepuklinie; zabarwienie mięśni po kilku minutach stało się podobne do prawidłowego. Z mięśni pobrano wycinki w celu zbadania ich pod drobnowidzem. Drobne tetnice mięśniowe krwawiły prawidłowo, co świadczyło o zachowaniu ciągłości tętnicy ramieniowej. Rany nie zaszywano. Dalsza obserwacja wykazała, że operacja nie zapobiegła wystąpieniu długotrwałego porażenia typu Volkmanna.

W pobranych wycinkach mięśni stwierdzono włośniczki i drobne naczynia porozszerzane, wypełnione przez krwinki czerwone. Włośniczki te i naczynia otoczone są licznemi zbiorowiskami krwinek czerwonych, jakkolwiek ściany ich nie wydają się rozerwane. Dokoła naczyń nie stwierdza się krwinek białych. Włókna mięśniowe porozsuwane przez wylewy krwi posiadają wygląd prawidłowy.

Przypadek II. 10-letni chłopiec po nieznacznego stopnia urazie cierpiał na bóle nadgarstka. W 3 tygodnie po wypadku zwrócił się do znachora, który kończynę unieruchomił między 2 deszczułkami, dochodzącemi do górnej ⅓ przedramienia i umocowanemi bandażem. Po opatrunku tym bóle się nasiliły, dłoń obrzękła, palce straciły czucie i ruchy. W 3 tygodnie potem, gdy chory zgłosił się do szpitala, stwierdzono porażenie Volkmanna z typowym ustawieniem dłoni (en griffe). Obok całkowitego zniesienia czucia i ruchów dłoni w zakresie nerwów pośrodkowego i łokciowego zaznaczało się na przedniej stronie przedramienia twarde głębokie obrzmienie, obejmujące wszystkie tkanki miękkie wraz z kośćmi; górna granica obrzmienia zaznaczała się bardzo wyraźnie, nieco poniżej zgięcia łokciowego. Tętno na tętnicy promieniowej wyczuwalne, na palcach pęcherze.

Do zabiegu operacyjnego przystąpiono w 25 dni po nałożeniu opatrunku unieruchamiającego, a w 6 tygodni po urazie. Nacięto prawidłową skórę i tkankę podskórną oraz wyraznie zgrubiałą powięź, pod którą stwierdzono sklerotyczną tkankę łączną otaczającą mięśnie i pączki naczyniowo-nerwowe przedramienia. Nerw łokciowy wydawał się mało uciśnięty, natomiast nerw pośrodkowy był na dużej przestrzeni mocno owinięty przez wspomnianą tkankę sklerotyczną i ścieńczały. Nacięcie mięśni wykazało w nich ogniska zwyrodnienia, zawierające treść miękką, żółtawą; mięśnie, naogół bledsze od prawidłowych, krwawiły dość obficie. Powięź zaszyto, pozostawiając nad nią w tkance podskórnej nerw pośrodkowy; szew skóry. Wynik leczenia dość mierny; wyraźną poprawę stwierdzono po roku.

Badanie mikroskopowe wycinków pobranych podczas operacji dało wynik następujący. Tkanka otaczająca nerwy przedstawia się jako zbita tkanka łączna, w której miejscami zachowały się ogniska tkanki łączno - tłuszczowej oraz naczynia o wyglądzie prawidłowym bez jakichkolwiek zmian zapalnych. Włókna mięśniowe, zachowując przeważnie swe zarysy, utraciły prążkowanie a częściowo również jądra. Włókienka nerwowe w mięśniach są bądź w stanie rozpadu, bądź też w okresie regeneracji.

Opierając się na danych znalezionych podczas operacji oraz uzyskanych badaniem mikroskopowym dochodzą autorzy do wniosku, że zasadniczą zmianą anatomiczną w t. zw. porażeniu Volkmanna jest zawał już to krwiotoczny, jak w przypadku I, już to niedokrwisty, jak w przypadku II. Zawał dotyczy wszystkich tkanek leżących pod powięzią przedramienia, a więc mięśni, nerwów i tkanki łącznej i tłuszczowej. Część pęczków mięśniowych zostaje zazwyczaj zachowana, część natomiast obumiera i zostaje zastąpiona przez tkankę sklerotyczną, która posiada trwającą przez lata całe skłonność do obkurczania się, co tłumaczy późne nawroty cierpienia po operacyjnym skróceniu kości przedramienia. Martwica dotyczy również w większym albo mniejszym stopniu włókien nerwowych, wynikiem czego są porażenia czucia, trwające przez szereg miesięcy i jeszcze bardziej uporczywe porażenia ruchu oraz zaniki mięśni. Martwe i odradzające się włókienka nerwowe są prawdopodobnie źródłem patologicznych odruchów powodujących zaburzenia naczynio - ruchowe, potowe i odżywcze.

Wszczepy kostne w leczeniu stawów rzekomych powstałych po wycięciu trzonów kości w przypadkach ostrego zapalenia szpiku. (Greffes pour pseudarthroses après résections diaphysaires dans les ostéomyelites aiguës). Richard.

Memoires de l'Academie de Chir. T. 63, 1937.

Autor obserwował trzy przypadki stawów rzekomych powstałych po operacyjnym podokostnowym wycięciu trzonów kości z powodu ostrego zapalenia szpiku. W żadnym z tych przypadków nie udało się ustalić przyczyny nieodrodzenia się kości z pozostawionej podczas operacji okostnej. Wynika z powyższego, że rokowanie po wspomnianej operacji w sensie użyteczności kończyny winno być bardzo ostrożne. W przypadkach autora wszczepienie płytki pobranej z kości piszczelowej dało wyniki bardzo dobre.

Dwa przypadki zwapnień okołostawowych barku leczone zastrzykiwaniem środka znieczulającego. (Deux cas de calcification pèriarticulaire de l'èpaule traités par l'infiltration anesthésique). Guèrin.

Journ. de Méd. de Bordeaux. Nr 51, 1937.

Po przytoczeniu danych anatomiczno - patologicznych zwapnień okołostawowych barku i po opisaniu ich cech rentgenologicznych przedstawia

autor 2 własne przypadki spostrzegane u kobiet w wieku 71 i 50 lat, leczone wstrzykiwaniami do ogniska 0,1% perkainy. Po 3 wstrzyknięciach w jednym przypadku, a po 2 wstrzyknięciach w przypadku drugim bóle ustąpiły całkowicie, a co większa badanie rentgenologiczne wykonane po 4 miesiącach wykazało prawie całkowite zniknięcie ognisk zwapnienia.

Zdaniem autora, środek znieczulający posiada oprócz działania doraźnie łagodzącego również wpływ na odruchy naczynio - ruchowe i przeto działa leczniczo. Wstrzykiwanie środka znieczulającego winno znaleźć zawsze zastosowanie przed decyzją leczenia operacyjnego.

Skrzywienie kręgosłupa do przodu u dzieci. (Cyphose infantile). F r e j k a.

Revue d'Orthop. Nr 2. 1938.

Skrzywienie kręgosłupa do przodu u dzieci w wieku 4 — 14 lat może mieć rozmaite podłoże (zniekształcenia wrodzone, krzywica, gruźlica itp.). Autor zajmuje się specjalnie temi postaciami skrzywienia, które są wynikiem wadliwej statyki. W tego rodzaju przypadkach ruchomość kręgosłupa zachowana bywa bardzo długo, skrzywienie bowiem utrwala się dopiero w 13 — 14-tym roku życia.

Przyczyną chorobliwego stanu kręgosłupa bywa oddychanie przez usta wskutek większej albo mniejszej niedrożności nosa. Oddychanie przez usta jest powierzchowne, klatka piersiowa pozostaje więc przy tem w ustawieniu zbliżonem do wydechowego. Gdy skrzywienie kręgosłupa się utrwali, plecy stają się okrągłe, głowa ustawiona do przodu i ku dołowi, barki przesunięte ku przodowi, przednio - górna część klatki piersiowej spłaszczona. Brzuch przy tym wysuwa się naprzód a fizjologiczne zgięcie lędźwiowe kręgosłupa (lordoza) wyraźnie się powiększa.

Omawianą sprawę chorobową widuje się najczęściej u dzieci z przewlekłemi zmianami w nosie i gardzieli (przerost śluzówki adenoidy). Wg. autora 80% dzieci z takimi zmianami ma wadliwą statykę kręgosłupa i warunki do powstania trwałego skrzywienia kręgosłupa. Leczenie we wszystkich okresach należy rozpocząć od udrożnienia nosa i nauczenia prawdziwego oddychania.

Wyniki leczenia wyczekującego w ciężkich postaciach zapalenia szpiku kostnego. (Les résultats de l'expectative dans les formes graves d'ostéomyélite). L e v e u f.

Mémoires de l'Academie de Chir. novembre 1937.

Głównym warunkiem pomyślnych wyników w ciężkich postaciach zapalenia szpiku kostnego jest, według autora, całkowite poniechanie w początkowych okresach cierpienia jakichkolwiek zabiegów krwawych i dokładne unieruchomienie chorej kończyny w gipsie. Zaleca się przytem szczepienie anatoksyną, stosowanie propidonu i surowicy przeciwgronkowcowej oraz przetaczanie krwi. Korzystnem ma być poza tym stosowaniem środków zakwaszających ponieważ mocz chorych dzieci zazwyczaj ma pH zwiększone.

Dwa przypadki podokostnowego wycięcia piszczeli z powodu zapalenia szpiku. (Deux cas de résection sous-périostée du tibia pour ostéomyélite). D e s p l a s.

Mémoires de l'Academ. de Chir. Nr 25. 1937.

Podczas gdy u dzieci podokostnowe wycięcie kości w przypadkach zapalenia szpiku daje zazwyczaj dobre wyniki w sensie odradzania się kości, u dorosłych sprawa przedstawia się znacznie gorzej. Świadczą o tem przypadki przedstawione przez autora, gdzie odtworzenie kośćca podudzia trwało długo, wymagało nowych licznych zabiegów i nastąpiło ostatecznie kosztem rozrostu strzałki, która stopiła się w jedną kość z niedokładnie odrodzoną piszczelą.

Wpływ nastrzyknięcia więzadeł w pewnych postaciach ropnych bolesnych zapaleń stawów. (Action de l'infiltration ligamentaire sur certaines arthrites suppurées douloureuses). F i o l l e.

Mém. Acad. de Chir. Nr 22. 1937.

W ropnym zapaleniu stawów głównym miejscem bólów są przyczepy aparatu więzadłowego. Nastrzyknięcie tych przyczepów nowokainą wybitnie zmniejsza bóle, często przy tym zapobiega ponownemu zebraniu się w stawie wysięku po jego wypuszczeniu. Spostrzeżenia autora potwierdzają znany pogląd rosyjskiego chirurga W i s z n i e w s k i e g o, w myśl której zablokowanie odchodzących od ogniska zapalnego dróg nerwowych powoduje cofanie się zmian zapalnych w tym ognisku.

Złamania łopatki. (Les fractures de l'omoplate). S a f t a i N a n a.

Revue de Chir., lipiec 1937.

Autorzy spostrzegali 21 przypadków złamania łopatki. Są to sprawy rzadkie, stanowią zaledwie 0,67% wszystkich złamań. Widuje się je niemal wyłącznie u dorosłych mężczyzn. Powstają bądź pod wpływem bezpośredniego zadziałania urazu bądź pośrednio przez rozerwanie naskutek nagłego napięcia więzadeł. Leczenie zachowawcze. Tylko w jednym przypadku zastosowali autorzy zabieg operacyjny ponieważ przemieszczenie odłamów było bardzo znaczne a nastawienie niekrwawe się nie udawało.

Usztywnienie stawu w leczeniu czynnej gruźlicy stawu biodrowego u dorosłych. (Arthrodèse dans le traitement de la coxalgie en evolution chez l'adulte). G u é r i n.

Revue d'Orthop et Chir. de Bordeaux, Nr 26. 1937.

Autor opisuje swoje wyniki leczenia czynnej sprawy gruźliczej w stawie biodrowym zapomocą operacyjnego usztywnienia stawu. Usztywnienie uzyskuje, umieszczając między kością biodrową, a dużym krętarzem mocny kołek kostny pobrany z piszczeli i unieruchamiając staw zapomocą opatrunku gipsowego. W najbliższych dniach po operacji gips zostaje zdjęty z dolnej części uda i podudzia, co pozwala na wczesne ruchy w stawie kolanowym. W paru przypadkach autora chorzy w rok po operacji mogli, przystąpić do pracy.

Autor kładzie nacisk na to, żeby wszczepiony kołek kostny był gruby i nie uległ złamaniu po obciążeniu kończyny. Zapomocą omawianej operacji udaje się zachować właściwą długość kończyny, prawidłowy stan jej mięśni, ruchomość sta-

wu kolanowego i znacznie przyspieszyć zagojenie. Kołek bowiem chroni przed uciskiem główki na panewkę i w ten sposób sprzyja zagojeniu zmian kostnostawowych. Operacja jest wskazana jedynie u osobników pozostających w dobrym ogólnym staniu zdrowia; gorączka, zły stan ogólny, wieloogniskowość gruźlicy są dla niej stanowczym przeciwwskazaniem.

Artrotomia w leczeniu gruźlicy maziówki kolana. (Arthrotomie dans la tuberculose synoviale du genou). G a n t i e r.

Mémoires de l'Acad. de Chir. Nr 20. 1937.

Autor jest zwolennikiem leczenia pewnych postaci gruźliczego wysiękowego zapaleniu stawu kolanowego ,gdzie sprawa dotyczy tylko maziówki, nacięciem stawu, opróżnieniem i zaszyciem. W omawianej operacji widzi podobieństwo do próbnej laparatomii stosowanej w wysiękowej postaci gruźlicy otrzewnej. W operowanych przez siebie przypadkach zalecał ruchy w kolanie już w 8 dni po operacji. Wyleczenie całkowite następowało po kilku tygodniach. Powikłań nie spostrzegał.

W. Ostrowski.

CHOROBY SKÓRNE.

Wykwity wtórne. (Les éruptions secondes). G. M i l i a n.

Paris Médic. 1938, Nr 3.

Przeważna liczba autorów uważa wykwity wtórne za allergiczne odczyny organizmu w przeciwstawieniu do ogniska pierwotnego umiejscowionego. To określenie nie tłumaczy ani etiologii, ani patogenezy wykwitów wtórnych, choćby dlatego, że już samo pojęcie allergii jest mgliste i do dzisiaj nieujednostajnione.

W trojaki sposób można tłumaczyć powstawanie wykwitów wtórnych:

1. Uogólnienie choroby następuje przez rozpowszechnienie zarazka w ustroju. Przykładem dla takiej patogenezy wykwitów wtórnych może być osutka kiłowa, osutka durowa itp. Zdaniem autora tego rodzaju wykwitów nie można uważać za wtórne a, co za tym idzie, tak pojęta patogeneza nie jest słuszna.

2. Czynnik chorobowy, wtargnąwszy do organizmu, pobudza inne, drzemiące niejako zarazki. Przykładem służy rumień guzowaty, półpasiec, płonica itd. występujące w przebiegu zakażenia kiłą lub innych zarazkiem. Są to tak zwane schorzenia biotropiczne i te tylko zasługują na miano osutek wtórnych.

3. Wykwity wtórne wywołane są przez jady, przedostające się do krwiobiegu z pierwotnego ogniska bakteryjnego. Taki sposób pojmowania patogenezy wykwitów wtórnych nie wytrzymuje krytyki, gdyż wykwity wtórne są najczęściej stałe, długo w jednym miejscu utrzymujące się, a wykwity wywołane przez jady są krótkotrwałe, efemeryczne.

Do tak pojętych, wykwitów wtórnych możnaby co najwyżej zaliczyć pokrzywkowe zależne od ogniska zakaźnego umiejscowionego gdziekolwiek w ustroju. Wiadomo poza tym, że niejedne objawy chorobowe, uważane do niedawna za toksyczne, dziś są z pewnością zaliczane do bakteryjnych, gdyż coraz staranniejsze badania bakteriologiczne wykrywają zarazki tam, gdzie poprzednio nie udało się ich wykryć (pałeczki błonicy w nerwach w przypadkach porażeń). Ustępowanie wykwitów wtórnych po wyleczeniu ogniska pierwotnego również nie jest dowodem na poparcie toksycznej hypotezy, gdyż coraz częściej skrupulatne badania wykwitów wtórnych wykrywają w nich drobnoustroje; zdarza się to zwłaszcza często w przypadkach trichofitydów, które pomimo obecności grzybów ustępują samoistnie po wyleczeniu ogniska pierwotnego. Analogicznego przykładu dostarczają tu pospolite brodawki. Bakteryjnymi wykwitami są również twory parakeratotyczne, uważane przez Brocq'a za wtórne, a powstające w pobliżu ognisk paciorkowcowych. Stwierdzenie w nich paciorkowców jest jednak daleko trudniejsze niż w ognisku pierwotnym, gdyż zarazki te nie znajdują się w powierzchownych warstwach naskórka lecz głębiej, przedostając się tam drogą naczyń krwionośnych. Jeżeli czynnikiem chorobowym jest ciało chemiczne (np. złoto), wykwity t. zw. wtórne są jedynie prostym następstwem rozprzestrzenienia się substancji chemicznej, a nie mają nic wspólnego z allergią.

Nadmierne rogowacenie otoczki i brodawki sutkowej. (Les hyperkératoses de l'aréole et du mamelon). A. L é v y-F r a n c k e l.

Paris Médic. 1938, Nr 3.

Po wyłączeniu wtórnego rogowacenia otoczki i brodawki sutkowej, które występuje jako następstwo sączących zapalnych zmian wypryskowych, a któremu towarzyszą zawsze objawy podmiotowe, najczęściej swędzenie, pozostają trzy postaci, które nie sprawiają żadnych dolegliwości, mało są szpecące i dlatego rzadko trafiają do lekarza a wykrywane bywają najczęściej przypadkowo.

1. Nadmierne rogowacenie otoczki i brodawki sutkowej może być skutkiem znamienia (naevus verrucosus), umiejscowionego w sąsiedztwie, jest zwykle jednostronne, jest poprostu dalszym ciągiem lub częścią znamienia.

2. W przebiegu erythrodermia congenitalis ichtyosiformis może być objęta schorzeniem także otoczka i brodawka sutkowa, chociaż okolica ta może być zarówno wolna od zmian. Daleko częściej występuje nadmierne rogowacenie wymienionych okolic w przebiegu ichtyosis vulgaris i, jak poniżej będzie wspomniane, kto wie, czy wyłączne rogowacenie otoczki i brodawki nie może być jedną z postaci rybiej łuski. W tej grupie rogowacenia zależnego od schorzeń całej skóry, zmiana jest zawsze obustronna.

3. Samoistne rogowacenie otoczki i brodawki sutkowej jest schorzeniem bardzo rzadko spotykanym, pojawia się w pierwszych tygodniach życia zawsze obustronnie, najczęściej u kobiet. Rogowacenie to może wystąpić w dwu odmianach: a) wyłączne rogowacenie otoczki, wyraźnie odgranicza się od skóry otaczającej. Brodawkowate wyniosłości zrogowaciałe, lub grube wielokątne łuski są barwy ciemno-brunatnej prawie czarnej. Brak jakichkolwiek objawów zapalnych i dolegliwości. Schorzenie to nie utrudnia laktacji. b) wyłączne rogowacenie brodawki może być bardziej nasilone na jednym sutku, może również zajmować tylko część brodawki. Rozmaitego kształtu zrogowaciałe łuski ciemno-brunatne pooddzielane są rowkami nieregularnymi.

Etiologia tego cierpienia jest całkowicie niezna-

na. Jedna hipoteza zalicza je do znamion, inna uważa za szczególną postać umiejscowionej rybiej łuski.

W rozpoznaniu ważne jest jedynie wykluczenie choroby P a g e t'a, co nie sprawie szczególnych trudności, gdyż ta ostatnia przebiega zawsze z sączeniem, powstawaniem strupów, uczuciem swędzenia i palenia, a w razie zagojenia się tych zmian zawsze następuje ich nawrót. Choroba F o x - F o r d y c e'a przekracza granicę otoczki i wywołuje gwałtowne swędzenie.

Rzadko się zdarza, aby chory żądał leczenia w przypadku tego tak mało dokuczliwego schorzenia. Należy w każdym razie powstrzymać się od stosowania elektro-koagulacji i promieni X, co mogłoby wywołać zmiany w gruczołach i przewodach mlecznych a zastosować środki keratolityczne lub co najmniej kryoterapię.

Kiłowo-tabetyczne zmiany stopy. (Les accidents syphilo-tabétique de l'avant-pied.) M. F a v r e, P. J. M i c h e l, P. D a n i c.

Journal de Méd. de Lyon, 1938, Nr 441.

Zmiany chorobowe, dotyczące dużych stawów, spotykane w przebiegu kiły, a zwłaszcza wiądu rdzenia są częstym tematem literatury lekarskiej. Tak zwana stopa tabetyczna również często opisywana, dotyczy także głównie dużych stawów stopy i nie obejmuje swoją nazwą tych licznych i wielorakich zmian chorobowych, jakie spotykamy w związku z kiłą w układzie kostnym stopy. Już w 1926 r. zwrócił uwagę T a v r e na obraz, który określił nazwą „endomégapied", częsty u kiłowych, a polegający na znacznym powiększeniu palucha i należącej do niego kości śródstopia. Później sporadycznie inni autorzy zwracali uwagę na zmiany w kośćcu stopy w przebiegu kiły; w pracy niniejszej zebrano liczne przypadki własne i opisane przez innych autorów, ukazano liczne roentgenogramy i podzielono te przypadki na odpowiednie grupy.

1. Pierwsza grupa obejmuje zmiany stóp spotykane u tabetyków lub wogóle w przypadkach kiły układu nerwowego. W układzie kostnym stopy na pierwszy plan wysuwają się zmiany resorbcyjne: ogólne odwapnienie, prowadzące często do samoistnego złamania lub nadłamania kości śródstopia lub kości polców. Resorbcja tkanki kostnej występuje przede wszystkim wyraźnie w odsiebnych nasadach kości śródstopia, skutkiem czego kości te przypominają na roentgenogramie swoim kształtem zaostrzone ołówki.

Następstwem tej resorbcji jest nadmierna ruchomość palców. Proces zaniku tkanki kostnej występuje również bardzo wyraźnie w trzonach pierwszych kości paliczkowych. Ponieważ równocześnie nasady tych kości są mało zmienione, następuje jakby przewężenie trzonów a rentgen. tych kości przypomina „diabolo" (phalanges en sablier). W następstwie procesów kompensacyjnych występują niekiedy nieregularne kostnienia, często okołostawowe. Zmiany zapalne kostno-okostnowe, jakie spotyka się nieraz w tych przypadkach prowadzą do zniszczenia tkanki kostnej i są prawdopodobnie niezależne od zakażenia kiłowego, a mogą dać obraz zgorzeli kostnej. Wspomniane powyżej powiększenie kości śródstopia I i palucha (endomégapied) w późniejszym okresie ulega zanikowi na skutek procesów atroficznych.

Najwyraźniejsze zmiany stawowe występują w stawach śródstopowo-palcowych i to przede wszystkim palucha. Są to zmiany typu artropatycznych lub przewlekłych zapalnych, przebiegających ze zniszczeniem powierzchni stawowych i wytwarzaniem kostniaków. W niektórych przypadkach zmiany chorobowe stawu mogą zależeć od zgorzelinowych zmian na skórze (mal perforant). Bardzo często spotyka się zwichnięcia lub nadwichnięcia palców, a wtenczas nasady pierwszych kości paliczkowych położone są ponad kośćmi śródstopia (orteils montés, orteils cavaliers). Zwichnięcia te i nadwichnięcia nie są dla kiły szczególnie swoiste, spotyka się je jednak często łącznie z kiłą. To samo odnosi się do t. zw. hallux valgus. Wykoszlawienie występuje najczęściej i najwybitniej w obrębie palucha, jednak i pozostałe palce mogą ulegać takim samym zmianom i nierzadko widać na reontgenogramie, że paliczki tworzą z kośćmi śródstopia kąt niemal prosty. Patogeneza tych zmian opiera się na rozluźnieniu torebki stawowej i na wyżej opisanym zniekształceniu oddzielnych części kości śródstopia (hallux valgus syphiliticus?).

Dość duża różnorodność zmian w układzie kostnym i w stawach stopy powoduje rozmaite zniekształcenia stopy. Naogół jednak stopy są zwykle duże, rozpłaszczone o palcach koszlawych, przy czym paluch bywa znacznie powiększony. Na podeszwie, u nasady palucha i palca 5-go spotyka się zwykle ograniczone, bolesne zgrubienia naskórka, naśladujące niekiedy zmiany zapalne i zgorzelinowe.

W związku ze zmianami stawowymi można stwierdzić na stopie ropiejące i zgorzelinowe przetoki. Do tego zespołu klinicznego należy dodać częste dystroficzne zmiany paznokci (onychogryphosis) prowadzące nieraz do samoistnej utraty paznokci, zaburzenia w wydzielaniu potu i ciepłocie stóp, które łączy się z zaburzeniami w układzie nerwowym i wegetatywnym.

Na skórze goleni, w ich dolnej części występują w końcu zmiany określone nazwą angiodermitis pigmentosa purpurica a zaliczone do dużej grupy schorzeń włośniczek (capillarites). Wybroczyny, naczyniaki w obrębie włośniczek, tak płaskie, jak i jamiste i liczne przebarwienia składają się na obraz tej dermatozy.

2. Druga grupa obejmuje przypadki zakażenia kiłowego, w których nie stwierdzono żadnych objawów zajęcia układu nerwowego.

3. Trzecią grupę stanowią przypadki, w których kiły nie udało się stwierdzić. W obu tych grupach zmiany kostne, stawowe i części miękkich stopy nie różniły się zasadniczo od zmian spotykanych w grupie pierwszej a tylko ich nasilenie było mniejsze.

Jeżeli wyjdziemy z założenia, że wyżej opisane zmiany stóp, mają etiologię kiłową, co wydaje się autorom bardzo prawdopodobne, to patogeneza tych zmian może być dwojaka. Przyczyną ich jest albo zakażenie kiłowe bezpośrednio, które powodując znane ogólnie zmiany naczyniowe, w następstwie wywołuje opisane zniekształcenie stóp — byłyby to więc zmiany typu trzeciorzędnych kiłowych, albo kiła jest pośrednią przyczyną tych zniekształceń, które w takim razie należy uważać za następstwo zajęcia układu nerwowego, głównie wiądu rdzenia objawowego, poronnego lub utajonego. Oba powyższe przypuszczenia wydają się autorom słuszne, gdyż, ich zdaniem, w niektórych przypadkach mamy do czynienia ze

zmianami naczyniowymi, w innych, daleko częstszych ze zmianami w układzie nerwowym, za czym przemawia zwykle spotykana umiarowość tych zmian. Czynnikiem sprzyjającym powstawaniu opisanych schorzeń stóp bywają urazy, na jakie narażone są stale stopy, dźwigające cały ciężar ciała a zwykle tak niedostatecznie pielęgnowane (nieodpowiednie obuwie).

Opisany zespół chorobowy jest, zdaniem autorów, jeżeli nie patognomoniczny, to w każdym razie dla kiły dość charakterystyczny i dlatego też w każdym podobnym przypadku należy skrupulatnie szukać zakażenia kiłą a nawet w razie niemożności stwierdzenia jej przeprowadzić leczenie swoiste, po którym często następuje znaczna poprawa. Leczenie powinno być dość energiczne i wytrwałe, takie, jakiego wymaga zwykle późna kiła zaniedbana.

Kiła nie jest jedyną przyczyną opisanego zespołu. Zakażenia wtórne, cukrzyca tak często zresztą z kiłą związana, zaburzenia w krążeniu wywołane rozmaitymi schorzeniami naczyń, schorzenia nerwowe, jak zapalenia nerwów, syringomyelia, zmiany rdzenia i kręgosłupa (spina bifida), trąd itd. mogą dać również podobny obraz kliniczny.

Zmiany skóry i śluzówek w związku z niedokrwistością achyliczną (Les manifestations cutanéomu;ueuses de l'anémie hypochrome achylique). Clément Simon.

Paris Médical, 1938, Nr 3.

Wymienioną niedokrwistość cechuje obniżenie ilości ciałek czerwonych rozmaitego stopnia. Obniżenie to nie bywa nigdy zbyt duże, najwyżej dochodzi do 2½ milionów, często jest nieznaczne tak, że liczba krwinek przekracza 4 miliony. Zmniejszenie ilości hemoglobiny jest wyraźne, dochodzi do 50% a nawet 30%. Wzór ciałek białych bywa najczęściej prawidłowy. Równolegle ze stopniem niedokrwistości posuwa się niedokwasność. Wydzielanie pepsyny ulega obniżeniu w znacznie mniejszym stopniu niż wydzielanie kwasu solnego. Objawy podmiotowe są nie zbyt poważne: utrata apetytu, zaparcie, nieznaczne bóle, niekiedy tylko wymioty. Przy pomocy gastroskopii stwierdza się zanikowy nieżyt o rozmaitym nasileniu.

Ciekawym i pożytecznym jest spostrzeżenie, że ten rodzaj niedokrwistości można rozpoznać na podstawie wyglądu języka i paznokci. Język jest gładki, jakby wypolerowany, pozbawiony brodawek na całej powierzchni z wyjątkiem pola u podstawy języka w miejscu odpowiadającym literze v. Taki język nazwać można lustrzanym. Barwa języka często bywa żywo - różowa, częściej z odcieniem fioletowym i jakby nieznacznie opalizująca. W części przykoniuszkowej języka występują często małe i bolesne nadżerki. Śluzówka policzków jest zcieńczała również opalizująca. Odciski zębowe bywają bardzo wyraźne. Zanik śluzówek sięga niekiedy do gardzieli i przełyku. Zmianom przedmiotowym towarzyszą bóle języka, uczucie pieczenia i palenia samoistne lub wywołane przez niektóre pokarmy. Równie charakterystyczne są zmiany paznokci. Paznokcie przybierają kształt łódkowaty lub łyżki (spoonnail), co prowadzi do ich zniekształcenia, są wklęsłe, kropla wody, położona na paznokciu, zatrzymuje się. Ponadto paznokcie są niegładkie, nierówne, na brzegach zgrubiałe. Prawie nigdy nie są dotknięte powyższymi zmianami wszystkie paznokcie, lecz zwykle tylko niektóre (2 — 3). Podłużne prążkowanie, kruchość i łamliwość paznokci również się spotyka, lecz te zmiany są mało swoiste.

Wypadanie zębów, przedwczesne wypadanie włosów, blado szary odcień skóry i jej suchość, stan zapalny w kącikach ust (angulus infectiosus), pękanie opuszek palców, swędzenie sromu i okolicy odbytu z równoczesnym zgrubieniem i zbieleniem otaczającej skóry (lichénification blanche), w końcu niektóre pokrzywki, oto dalsze, stopniowo coraz mniej charakterystyczne zmiany skórne w przebiegu niedokrwistości achylicznej. Sprawdzianem zależności tych objawów od niedokrwistości jest ich ustępowanie po podawaniu żelaza. Wyjątkowo rzadkie są zaburzenia nerwowe, wikłające niedokrwistość (przeczulice) lub psychiczne (psychastenia).

Jak widać z powyższego wygląd języka jest w tej niedokrwistości bardzo typowy i na nim w dużej mierze można opierać rozpoznanie. W rozpoznaniu różniczkowym wchodzi w rachubę jeszcze gładki język osób starszych noszących protezy w jamie ustnej, tym bardziej, że właśnie cierpiący na tę niedokrwistość często zmuszeni są, z powodu przedwczesnego wypadnięcia zębów, również do używania protez. W tych przypadkach obecność innych cech, głównie zmiany we krwi i dobry wynik po leczeniu żelazem, po którym na języku zjawiają się znowu brodawki, świadczy za niedokrwistością. W niedokrwistości typu Biermer'a spotykamy również język wygładzony, lecz odróżniają go od poprzedniego plamy i smugi o nieregularnych brzegach, umiejscowione na bokach i koniuszku języka, jakby usiane pęcherzykami a jednak gładkie, pozbawione brodawek, bardzo bolesne, które sąsiadują z pozostałą śluzówką języka całkiem niezmienioną. Badanie krwi w niedokrwistości Biermer'a pozwoli odróżnić ją tym pewniej, gdyż obniżenie ilości krwinek okaże się bardzo wybitne, stwierdzi się megalocytozę a zamiast hypochromii hyperchromię. W przypadkach glossitis exfoliativa marginata wygładzone pola tworzą na języku obraz karty geograficznej, na ich obwodzie nabłonek złuszcza się, odstaje a kształt plam jest zmienny.

Patogeneza opisanego zespołu jest mało znana. Punktem wyjścia schorzenia wydaje się być żołądek, rzadziej jelita lub może tarczyca. Chevallier przypuszcza, że jest to schorzenie zakaźne o przebiegu niejako przytłumionym, atakujące wyłącznie układ nerwowy, śluzówkę jamy ustnej i gardzieli, i śluzówkę żołądka.

Połączenia żelaza, podawane w ilości 1 — 8 gramów pro die (soli żelaza) są lekiem, który podawany przynajmniej w ciągu 3-ch miesięcy, sprowadza poprawę. To leczenie naraża jednak chorego początkowo na zaparcie, później na biegunki. Leczenie żelazem należy powtarzać, aby zapobiec nawrotom. Pomocne są podawane równocześnie witaminy, wyciągi gruczołowe, sole miedzi a w przypadkach pochodzenia tarczycowego, wskazane są leki związane ze schorzeniem tego gruczołu.

Czy należy porzucić złoto w lecznictwie chorób skórnych? Doit-on abandonner l'or en dermatologie?) J. Gouin, A. Bienvenue. *Paris Médical, 1938, Nr 3.*

Pojawienie się złota w lecznictwie schorzeń gruźliczych, co miało miejsce tak niedawno, bo zaledwie kilka lat temu, wzbudziło duży entuzjazm i duże nadzieje w świecie lekarskim. Entuzjazm ten porównać można do tego, z jakim powitano zjawienie się salvarsanu w lecznictwie kiły, spodziewano się, że złoto właśnie będzie tym lekiem, który urzeczywistni marzenia lekarzy o therapia sterilisans magna w przypadkach gruźlicy. Stopniowo, w miarę coraz szerszego stosowania złota, zaczęły mnożyć się niepowodzenia i, co więcej niepożądane, nieraz bardzo groźne powikłania (zapalenia skóry, nerek, żółtaczki, skazy krwotoczne) a, że nieudanych wyników leczenia była również duża ilość, przeto powstało pytanie, czy w ogóle nie zaniechać leczenia złotem całkowicie.

Po szeregu doświadczeń autor doszedł do przekonania, że, stosując pewien szczególny sposób postępowania, można uzyskać dobre wyniki przy pomocy znacznie zmniejszonych dawek złota, co znowu pozwala uniknąć niepożądanych powikłań.

Analogicznie do biologicznej próby leukocytowej, wykonywanej w przypadkach kiły (leucocyto - réaction, L. R.) a mającej wykazać czy dany lek będzie skuteczny, czy też zawiedzie, wykonywał autor ten sam rodzaj prób w przypadkach gruźlicy (płuc, gruczołów, skóry) i tuberkulidów, które miały być poddane leczeniu złotem. Lek, po którego wstrzyknięciu w 2 godziny nastąpi dodatni odczyn leukocytowy, to znaczy podniesienie się ilości ciałek białych w krwi przynajmniej o 1000 rokuje nadzieje, że będzie skutecznym, w przeciwnym razie zawiedzie lub nawet okaże się szkodliwym.

W pierwszej grupie doświadczeń stwierdzono, że przypadki gruźlicze na ogół reagują dodatnią próbą leukocytową na złoto i to: gruźlica płuc w 98%, rzeczywista gruźlica skóry w 75%, tuberkulidy około 50%, inne, jak łuszczyca, liszaj płaski itd. około 30% lub nawet mniej. W przypadkach całkowicie wolnych od zakażenia gruźliczego odczyn leukocytów po złocie był ujemny.

W drugiej grupie doświadczeń autor, stosując leczenie złotem starał się potwierdzić swoje przewidywania, oparte na pierwszych doświadczeniach. Okazało się, że w przypadkach o ujemnym odczynie zgodnie z przewidywaniem, wynik leczniczy po stosowaniu złota był niekorzystny, natomiast w przypadkach odczynu dodatniego wyniki były zmienne, już to dobre, już to niekorzystne a jedynie zwracał uwagę brak niepożądanych powikłań pozłotowych.

W poszukiwaniu innych, dalszych warunków skuteczności leczenia złotem autor zestawił następujące fakty: 1) sole złota są naogół skuteczniejsze w przypadkach tuberkulidów, to jest w tej grupie schorzeń, w której odczyn leukocytów jest częściej ujemny (liszaj rumieniowy, tuberkulidy mało nacieczone) i w przypadkach niektórych owrzodzeń gruźliczych, niż w rzeczywistej gruźlicy skóry, w której próba jest w dużym odsetku dodatnia. 2) najskuteczniejsze okazują się połączenia złota w leczeniu tuberkulidów i rzeczywistych owrzodzeń gruźliczych wystawionych na działanie wpływów zewnętrznych głównie świetlnych. Łącząc te dwa fakty autor stosował sztuczne owrzodzenie zmian gruźliczych lub tuberkulidów z równoczesnym podawaniem złota i wystawieniem wywołanych sztucznie owrzodzeń na działanie wpływów zewnętrznych, gdyż, jak się okazało, tylko całkowite pozostawienie nieosłoniętych owrzodzeń pozwalało uzyskać dobre wyniki lecznicze. Jeżeli tak wywołane owrzodzenia zawijano i bandażowano, wynik leczniczy nie był korzystny.

Owrzodzenie wywoływano przez zeskrobywanie powierzchni wykwitu do rozmaitej głębokości, zależnie od głębokości zmian chorobowych w skórze. Owrzodzenie sztucznie wywołane pokrywało się w krótkim czasie „czarnym strupem", który co 3—4 dni usuwano, aby wystawić je na działanie światła. Równocześnie dawki (dożylnie) stosowanych soli złota zmniejszono, stosując 0.05 — 0.1 raz tygodniowo i nie przekraczając ogólnej dawki na serię 1 gram. Tym sposobem zdołano uzyskać dobre wyniki lecznicze bez jakichkolwiek niepożądanych powikłań w ⅔ przypadków, które nie reagowały na zwykłe leczenie złotem.

Drugim sposobem uczulenia na złoto, stosowanym przez autora było uprzednie podawanie leków przeciwkiłowych, przy czym często odczyn leukocytów początkowo ujemny, po leczeniu przeciwkiłowym (głównie bizmutem) wypadał dodatnio. To zjawisko porównuje autor do reaktywacji surowiczej sposobem Milian'a, i uważa je za korzystne przestrojenie tkanek, które czyni je wrażliwymi na złoto a nie, jak niektórzy twierdzą, za zaostrzenie się procesu chorobowego. Z powyższych spostrzeżeń wynika, że najpewniejszym okaże się leczenie mieszane złotowo - bizmutowe z równoczesnym sztucznym wywoływaniem owrzodzeń i wystawianiem ich na działanie światła. W przypadkach wyjątkowo opornych stosował autor również arsenobenzol, jako lek uwrażliwiający na złoto, lub nawet niekiedy rtęć. Leczenie powtarzano w kilku seriach.

Stosując ten sposób postępowania w kilkuset przypadkach miał autor dwukrotnie niepowodzenie w grupie rzeczywistej gruźlicy skóry (lupus faciei, ulcus tbc pedis). W grupie o patogenezie wątpliwej wymieniony sposób leczenia zawiódł pięciokrotnie (3 przyp. łuszczycy, 2 przyp. wyłysienia). Przypadki leczone uprzednio różnymi sposobami miejscowymi, zwłaszcza promieniami X, poddawały się leczeniu oporniej, gdyż wszelkie miejscowe sposoby leczenia prowadzą do wytworzenia dużej ilości tkanki łącznej bliznowatej, co w sposobie stosowanym przez autora, nie jest korzystne.

Niepożądanych a poważnych powikłań w przebiegu leczenia wcale autor w swoich przypadkach nie spostrzegał. Z mniej ważnych dwa tylko godne są wzmianki: niezwykłe ubarwienie wszystkich zmian chorobowych, które zjawiło się podczas leczenia (leopardyzacja), a które zmusiło autora do jego zaprzestania i objawy meningealne (bóle głowy, objaw Kerniga), wahania ciepłoty w granicach 35.2° — 40°) w przypadku wilka twarzy, które były również wskazaniem do zaprzestania leczenia. W tym ostatnim przypadku, po miesięcznej przerwie podjęto ponownie leczenie z dobrym wynikiem. Jak wynika z tych spostrzeżeń 4 są warunki bezpiecznego i skutecznego leczenia złotem: 1) jak najmniejsze dawki złota, 2) dodatni odczyn leukocytów, 3) owrzodzenie i wystawienie wykwitu na zewnątrz (eksterioryzacja),

4) równoczesne zastosowanie leków przeciwkiłowych.

Dwa praktyczne sposoby leczenia świerzby (Deux traitements pratiques de la gale). G. Doukan.

Paris Médical, 1938, Nr 3.

Leczenie świerzby wielosiarczkiem potasu ma za sobą przeszło dwudziestoletnią tradycję a sposób stosowany przez Milian'a utrzymał się w użyciu we Francji. Wielosiarczek potasu jest rozpuszczalnym połączeniem siarki i ma tę wyższość nad nierozpuszczalnymi, że wymaga silnego wcierania w skórę, co jest zawsze czynnikiem obrażającym skórę, a wystarczy jedynie proste zwilżenie skóry zakażonej. Stosuje się go w następujący sposób: 1) kąpiel z mydłem, 2) zwilżenie (nasmarowywanie bez wcierania) całego ciała z wyjątkiem głowy maścią zawierającą wielosiarczek potasu (Vaseliny, lanoliny aa 250,0, wielosiarczku potasu 50,0, wody dest. 250,0, tlenku cynku 5,0, vaseliny płynnej 200,0) ze szczególną uwagą na przestrzenie międzypalcowe, 3) chory ubiera się w tę samą odzież, 4) nazajutrz powtórne smarowanie maścią, 5) trzeciego dnia dokładne zmycie mydłem całej skóry, zmiana bielizny i odkażenie odzieży. Przy tym sposobie leczenia swędzenie niekiedy utrzymuje się jeszcze przez 3 dni po leczeniu, ponadto z powodu nie dość dokładnego usunięcia maści z mieszków włosowych może wystąpić podostre zapalenie mieszków, które utrzymuje się niekiedy do 7-miu dni. Wyniki lecznicze są bardzo dobre i opisany sposób leczenia zawodzi tylko w tych przypadkach, w których chory nie dość dokładnie wykonał zlecenie.

Leczenie przy pomocy benzilum benzoicum pochodzi z Danii. Duńscy autorzy a także niemieccy stwierdzili, że balsam peruwiański zawdzięcza swoje działanie odkażające zawartości tego właśnie połączenia. Kissmeyer stosuje go w połączeniu z wyskokiem 30° i szarym mydłem w równych częściach. Tak przygotowany płyn nie ma przykrej woni, jest barwy żółtej. Sposób leczenia jest następujący: 1) namydlenie skóry zwykłym mydłem, 2) ciepła kąpiel 38°, trwająca 10 minut, 3) energiczne lecz nie forsowne natarcie całej skóry (oprócz głowy) jeszcze wilgotnej, niedosuszonej; nacieranie powinno odbywać się miękkim pędzlem. Chory podczas nacierania odczuwa natychmiast pieczenie, 4) wyschnięcie skóry samoistne, 5) powtórne napędzlowanie lekiem, 6) znowu wysuszenie skóry, 7) po 24 godzinach kąpiel i zmiana bielizny.

Dwa wyżej wymienione sposoby leczenia są łatwe do wykonania i nie wymagają pomocy wyszkolonego personelu, nie drażnią skóry i nie są bolesne, są szybkie i tanie, możliwe do zastosowania od razu nawet w przypadkach powikłanych zmianami ropnymi i u dzieci, jedynie stosowanie wielosiarczku potasu jest przykre z powodu woni, lecz ta jest na szczęście krótkotrwała (1 godzina).

Prostym i nader skutecznym okazał się również sposób wypróbowany przez autora w szpitalu Saint - Lazare a podany uprzednio przez Kissmeyer'a:

1) codzienne nacieranie skóry w ciągu 3 dni następującym lekiem: benzilum benzoicum 10,0 — siarczek parakrezylu 10,0 — oliwa do 100,0.

2) kąpiel z mydłem.

Ten sposób jest dla skóry nieco drażniący i na okolice rumieniowe skóry nie może być stosowany.

Wszystkich leczonych z powodu świerzby obserwowano przez 15 dni po wyleczeniu. W końcu autor przypomina, że każde leczenie świerzby zawiedzie, jeżeli zapomnimy o tym, że w przypadku zakażenia świerzbą należy leczyć równocześnie wszystkich zakażonych członków rodziny.

Zofia Jastrzębska.

CHOROBY OCZU.

Sposób leczenia wypadniętej tęczówki przy pomocy kwasu trójchloroctowego. (Technika Bettmana i Barkana.) **Traitement des prolapsus iriens par l'acide trichloracétique.** (Technique de Bettman et Barkan.) **A. Magitot et A. Dubois-Poulsen.**

Annales d'oculistique. Juin 1938.

Jednym z najczęstszych powikłań po operacji usunięcia zaćmy, pomimo stosowania wszelkich możliwych środków ostrożności (prawidłowy płat, szwy rogówki, wycięcie tęczówki, należyte ustawienie różków tej ostatniej, wkraplanie rozczynu ezeryny, zachowanie spokoju przez pacjenta w czasie przed i po operacji), jest wypadnięcie tęczówki przez ranę operacyjną. Obecnie stosowany sposób usuwania zaćmy w torebce szczególnie sprzyja powstawaniu omawianego powikłania.

Przy pooperacyjnym wypadnięciu tęczówki, ta ostatnia, nie będąc pokryta spojówką, stwarza konieczność natychmiastowego wkroczenia.

Wszystkim operatorom znana jest w takich wypadkach bojaźń pacjentów przed ponownym zabiegiem, również lekarze nie bardzo chętnie przystępują do wycięcia tęczówki na oku jeszcze wrażliwym i nie zabliźnionym.

Z powyższych względów nieoperacyjny sposób leczenia wypadniętej tęczówki winien być przyjęty życzliwie przez świat lekarski. Jerome Bettman i Hans Barkan w roku ubiegłym podali sposób ścinania przepukliny tęczówki przy pomocy kwasu trójchloroctowego. Wyżej wymienieni autorzy podają następujący sposób postępowania: po dwukrotnym wkropleniu do oka rozczynu kokainy, lub innego środka znieczulającego — przygotowuje się rozczyn kwasu trójchloroctowego: kryształek wspomnianego kwasu umieszcza się na małej podstawce (np. szkiełku od zegarka) i kroplomierzem odmierza się jedną kroplę wody destylowanej, kapiąc na kryształek. Powstaje rozczyn silnie stężony.

Wypadniętą tęczówkę wysusza się kawałkiem waty hygroskopijnej. Następnie macza się w przygotowanym rozczynie kwasu trójchloroctowego zakończenie drewnianej wykałaczki, (wyjałowionej w autoklawie), która wsysa rozczyn, poczym możliwie najstaranniej wysusza się nasycony kwasem koniec i dotyka nim wypadniętej tęczówki w jednym punkcie. Powstaje w miejscu dotyku punkt koloru mlecznego.

Zabieg powyższy należy powtórzyć tylokrotnie, aż cała powierzchnia wypadniętej tęczówki będzie

pokryta mlecznymi punktami — co dwa dni w ciągu 15 dni do 3 tygodni.

Poszczególne momenty opisanego zabiegu odznaczają się niezwykłą prostotą, nie mniej jednak wszystkie pod względem ważności są sobie równe.

Sposób przygotowania roztworu kwasu winien być wykonany jaknajstaranniej, gdyż zbytnia ilość cieczy zwilża zbyt wiele drewniany patyczek — nadmiar płynu może podziałać ujemnie na rogówkę. Dlatego też należy posługiwać się patyczkiem drewnianym, a nie tamponem, jak również osuszać starannie powierzchnię wypadniętej tęczówki, gdyż kwas trójchloroctowy rozpuszczając się niezwykle szybko w płynie łez, łatwo może dosięgnąć do miejsc, które nie powinny być poddane ścinającemu działaniu kwasu.

Należy przypomnieć, że zastosowanie kwasu trójchloroctowego jak wyżej — nie jest nowością w okulistyce i że już w 1803 roku Bulson posługiwał się nim przy leczeniu wrzodów rogówki, podobnie jak Harold Gifford w 1910 roku.

Autorzy artykułu przytaczają 11 obserwowanych przez siebie przypadków, które w zupełności potwierdzały słuszność wywodów wynalazców metody.

Największy tryumf osiągnąć można w wypadkach nieznacznego wypadnięcia tęczówki w następstwie operacji usunięcia zaćmy. Gdy nic nie pokrywa powierzchni wypadniętej tęczówki, wówczas działanie kwasu trójchloroctowego jest szczególnie silne, powstaje strup (coagulum) powierzchowny ,zdaniem niektórych autorów dobry schron dla drobnoustrojów. W rzeczywistości strup powyższy nie trwa długo i nie należy przypisywać mu większego znaczenia.

Przypiekanie (kauteryzacja) ogniowe nie daje tak trwałej blizny, jak po kwasie trójchloroctowym.

W razie podziałania kwasem na wypadniętą i pokrytą przez spojówkę tęczówkę, jest rzeczą znamienną wytrzymałość z jaką spojówka znosi działanie kwasu, jak również wrażliwość na wspomniany kwas znajdującej się poniżej tęczówki.

W każdym jednak razie należy unikać działania kwasu na spojówkę nie pokrywającą wypadniętej tęczówki.

Zadawnione przepukliny tęczówki, odporne na leczenie przypiekaniem ogniowym, zdaniem autorów, leczy się pomyślnie wspomnianym kwasem pod warunkiem, że wypadnięcie nie jest zbyt rozległe. W ostatnim wypadku otrzymujemy jedynie zmniejszenie wypadniętej powierzchni.

Zastosowanie kwasu trójchloroctowego może mieć miejsce również w wypadkach trudnego tworzenia się blizny, jak np. po wypadnięciu szklistki.

Działa tu nie własność kwasu, niszcząca tkankę, lecz podrażnienie tej ostatniej i wytworzenie blizny. Warunek: otwór, który należy wypełnić, nie może być zbyt rozległy.

Na koniec kwasem trójchloroctowym możemy posługiwać się w wypadkach, gdy tęczówka uwięźnie w ranie rogówki. Otrzymujemy szybki rozrost rogówki, potrzebny do stworzenia ciągłości tej ostatniej.

S. Topolski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

O patogenezie posocznicy migdałkowej i jej rozpoznaniu różniczkowym w stosunku do posocznicy pochodzenia usznego. La pathogénie de la septicémie amygdalienne et son diagnostic différentiel avec la septicénie d'origine otique. M. Routenbourg i M. E. Guindes.

Posocznica migdałkowa (p. m.), o której coraz głośniej w piśmiennictwie ostatnich czasów, jest chorobą groźną, zwłaszcza, gdy zwleka się z pomocą chirurgiczną. Ale i ta ostatnia z powodu przerzutów w ważnych narządach nie zawsze chroni chorego od zejścia śmiertelnego. Ponura statystyka wystąpi w gorszym jeszcze świetle, jeśli uwzględni się, że wciąga się do niej niejednokrotnie przypadki, które bynajmniej, jeśli się krytycznie przeczyta historie chorób, nie mają prawa być objęte tym poważnym rozpoznaniem. Do określenia posocznicy należy bowiem, ażeby istniało ognisko rozsiewające stale lub okresowo prątki chorobotwórcze do krwiobiegu, powodując równocześnie zespół ciężkich objawów. Nie można też wliczać przypadków, gdzie przyszło do zapobiegawczego zabiegu (wyłuszczenia migdałków) w okresie grożącej dopiero posocznicy.

Z drugiej strony trzeba powiedzieć, że prawdziwa ciężka posocznica migdałkowa występuje częściej niż to ujawniają oficjalne statystyki, albowiem mnóstwo odnośnych przypadków nie zostaje w ogóle należycie rozpoznanych. Jednym ze źródeł trudności rozpoznawczych jest różniczkowanie z posocznicą pochodzenia usznego. Pewne ułatwienie może tu dać dokładne rozważenie patogenezy i dróg szerzenia się każdej z tych dwóch jednostek chorobowych. W piśmiennictwie podawane są rozmaite systemy klasyfikacyjne. Przeważnie mówi się: 1) o drodze hematogennej, 2) o powstawaniu pierwotnym zapalenia żył z następowym szerzeniem zakrzepów, 3) o szerzeniu się zakażenia drogą naczyń i gruczołów chłonnych z następowymi zakrzepami żylnymi i 4) o powstawaniu ropowic w obrębie tkanki łącznej (phlegmon interstitiel) z następowymi zakrzepami żył. Wreszcie odnośnie do posocznicy migdałkowej stwierdza się niekiedy szerzenie ropni kołomigdałkowych, albo przez tkankę boczno - gardłową do śródpiersia, albo też drogą splotów żylnych skrzydłowatych ku podstawie czaszki i oponom mózgowym. Uffenorde rozróżnia schematycznie trzy drogi: 1) przez krew, 2) przez limfę i 3) przez tkankę łączną. Dwie ostatnie rozpadają się na szereg podgrup. Odnośnie do 2) jużto zakażenie przez obrzmiałe, bolesne i zropiałe gruczoły wdziera się do krwiobiegu, jużto powstaje ropowica kołogruczołowa z następowym udziałem żył. Droga 3-cia jest najczęstsza. Jej najzwyklejszą formą jest ropowica, szerząca się ku czaszce lub niekiedy ku śródpiersiu, powodująca jużto bakteriemię, jużto przerzuty. Innym razem zapalenie okołożylne prowadzi do zapalenia żył i zakrzepów, wreszcie niekiedy z tkanki łącznej przechodzi zakażenie na drogi limfatyczne (forma 2).

W schemacie Uffenorda dadzą się zmieścić niemal wszystkie przypadki. Objawy kliniczne ropowicy migdałkowej są nader groźne: ciepłota koło 40°, dreszcze, sinica i stan podżółtaczkowy, suchy język, znaczne przyspieszenie tętna,

które jest miękkie, niejednokrotnie bolesność uciskowa wzdłuż żyły jarzmowej. Osobne objawy dają przerzuty (płuca, śródsierdzie, nerki, stawy, opony, zatoki żylne itd.). Obraz krwi pozwoli wykluczyć ostrą białaczkę, agranulocytozę, anginę monocytarną. Porównawcze badanie obrazu krwi przydatne jest bardzo dla ustanawiania wskazań operacyjnych i rokowania. Ujemny wynik posiewu krwi nie może obalić rozpoznania posocznicy. Gdy chodzi o różniczkowanie między posocznicą migdałkową a pochodzenia usznego, to anaeroby przemawiają za pierwszą z nich. Bolesność uciskowa poza kątem żuchwy dotyczy zazwyczaj nie żyły względnie jej zakrzepu, lecz zapalenia dróg chłonnych. Zajęcie gruczołów szyjnych przemawia za posocznicą migdałkową, zwłaszcza u osób dorosłych. Stwierdzenie zakrzepu żyły szyjnej ma małe znaczenie różniczkowe, zakrzep taki może bowiem powstać także od zakażenia kołomigdałkowego drogą wsteczną (vena tonsillaris... facialis posterior... communis... ingularis interna). Różniczkowe znaczenie może mieć stwierdzenie zakrzepu dolnego odcinka żyły szyjnej przy zdrowym odcinku górnym.

Objaw ten przemawia za posocznicą migdałkową. Gdy mamy do czynienia z niewątpliwymi objawami anginy jak niemniej zapalenia ucha środkowego i gdy jak najdokładniejsze uwzględnienie obrazu klinicznego, wywiadu, rentgena, wyrostka sutkowego itd. nie da pewnego rozstrzygnięcia, trzeba niekiedy sięgnąć do antrotomii rozpoznawczej.

Przydatnym jest stwierdzenie, że posocznica migdałkowa ma zazwyczaj przebieg nader szybki. Niekiedy przy ciężkim przebiegu i po negatywnym wyniku antrotomii nie należy się cofać przed wyłuszczeniem migdałków po antrotomii. Że o zębach nie należy zapominać, rozumie się samo przez się. W wypadku zakrzepu żyły szyjnej wszelki zabieg (uszny czy gardłowy) będzie poprzedzony podwiązaniem żyły. Autorzy podają kilka historii chorób.

Rozważania nad sprawą urazów i ciał obcych zatok obocznych nosa. (Considérations sur le traumatisme des sinus et leurs corpe étrangers). A. Laskiewicz.

J. w. Nr 8.

W szczegółowej tej pracy zastosowany jest podział urazów zatok na zewnętrzne t. j. od strony twarzy i wewnętrzne t. j. od strony jamy nosowej. Efekt urazu zależny jest nie tylko od jego siły, ale także od warunków osobniczych (wielkość zatoki, grubość ściany). Najczęstsze są urazy zewnętrzne zatoki czołowej. Główne niebezpieczeństwa pochodzą z sąsiedztwa oczodołu i opon mózgowych. Każde uszkodzenie zatoki powikłane pęknięciem podstawy czaszki jest uszkodzeniem groźnym. Autor omawia wszelkie możliwe kombinacje ran kłutych i postrzałowych z utkwieniem lub bez utkwienia ciała obcego (kuli itd.). W następstwie uszkodzeń mogą rozwinąć się dalsze zmiany, jak ropniaki, śluzowiaki, kostniaki, torbiele z objawami zapalnymi itd. Omówione są objawy pochodzące z tych wtórnych zmian jakoteż z powikłań oczodołowych i wśródczaszkowych.

Autor opisuje historie chorób szeregu przypadków przez siebie spostrzeganych i podaje liczne fotografie i mikrofotografie. Niekiedy z ranami zatok związane są groźne krwawienia. Czasem w następstwie stanów zapalnych rozwija się postępujące schorzenie szpiku kostnego kości czaszki (osteomyelitis cranii); spostrzega się też zakrzepy zatoki jamistej, ropnie nadoponowe i zapalenie ropne opon. Dla usunięcia ciał obcych mniejszych wystarczają zabiegi wśródnosowe. W innych razach wykonuje się zabiegi zewnętrzne (Jacques-Jansen, Killian, Riedel dla zatoki czołowej, Luc-Caldwelt, Denker itd. dla zatoki szczękowej).

A. Schwarzbart.

FYTOTERAPIA

Ostropest plamisty (Silybum marianum Adans), jako lek zapobiegawczy przy chorobie morskiej (Emploi du Chardon Marie comme préventif de la Naupathie). Prof. dr Henri Leclerc.

La Presse Médicale, Nr 63/1938.

Autor poczuwa się do obowiązku stwierdzić, że — choć dość nieufnie przez czas dłuższy odnosił się do informacji o własnościach obniżania ciśnienia krwi przez Ostropest plamisty — zmuszony był na podstawie licznych badań klinicznych zmienić swe zdanie i uznać słuszność twierdzeń d-rów Boruttan i Capenberga, pierwszych badaczy, którzy własności te w nasionach ostropestu ustalili, przypisując je, zawartej w nich, tyraminie, odkrytej przez Ullmanna w roku 1922.

Ostatnio, Leclerc obserwował trzy przypadki chorób na tle zaburzeń układu parasympatyko-tonicznego, w których głównymi objawami było znaczne obniżenie ciśnienia krwi i zależne odeń — skłonność do zawrotów głowy i omdleń uczucia zmęczenia, sinicy itp.

Ustąpiły one szybko po zastosowaniu ostropestu w postaci wyciągu wodno-alkoholowego w przeciętnej dawce 0,2 g na dobę; ciśnienie podniosło się i utrzymało na poziomie normalnym, powodując również ustąpienie innych — wskazanych wyżej — objawów.

Jeden ze wspomnianych chorych zauważył, że lek ten pozwolił mu odbyć liczne podróże bez narażania się na napady — zwykłej dla niego, nawet przy jeździe koleją i samochodem — choroby morskiej.

Nasunęło to myśl prof. dr Leclercowi, czy ostropest plamisty nie mógł by znaleźć zastosowania w chorobie morskiej, która stoi, niewątpliwie, w związku z obniżeniem ciśnienia krwi.

Pierwsze zaraz próby okazały się bardzo zachęcające: u 4 chorych, dla których każda podróż morska była męczarnią, autor zastosował — w okresie tygodniowym przed załadowaniem się na statek — codzienne dawki po 0,2 — 0,3 g wodno-alkoholowego wyciągu z nasion ostropestu. W rezultacie, jeden z tych chorych przebył trzydniową podróż bez żadnych przykrych objawów, dwaj inni odczuwali lekkie zawroty głowy i mdłości, będące niczem w porównaniu ze zwykłymi cierpieniami ich na morzu.

Czwarty natomiast chory — przez nieporozumienie — zaczął przyjmować zalecony środek dopiero z chwilą zabarkowania się. Stan jego, przez cały okres długiej podróży, był znakomity.

Można przypuszczać więc, że ostropest plamisty znajdzie zastosowanie nie tylko lecznicze, lecz i zapobiegawcze.

Jeszcze słów parę o herbaciance Hibiscus Sabdariffa L. (A propos du Thé rose on Sida Sabdariffa) Prof. dr Henri Leclerc.

La Presse Médicale Nr 53/1938.

Roślina Hibiscus sabdariffa L., której kwiat używa się na tę herbaciankę (opisaną już uprzednio w „Wiedzy Lekarskiej" — przyp. Ref.), została w czasach ostatnich wszechstronnie zbadana przez dra Chevalier.

Ustalił on, że barwa czerwona naparów jest zależna od glukozydu antocjanowego: gossypetyny, zawartego w płatkach kwiecia, które — poza tym, nie zawierają ani alkaloidów, ani ciał purynowych, natomiast zawierają wiele kwasu jabłecznego, cytrynowego i winnego. Dzięki tym więc składnikom napar omawianego kwiecia daje napój miły w smaku i w barwie.

Według Rovesti ma ta nowa herbacianka własności moczopędne, zwiększa wydzielanie żółci i obniża nadmierne ciśnienie krwi, co czyni ją nader przydatną dla arteriosklerotyków.

Chevalier, mając pewne zastrzeżenia co do żółciopędności tej herbacianki, uznaje ją jednak za napój cenny przy zaburzeniach dyspeptycznych, u gorączkujących i rekonwalescentów.

Leclerc potwierdza te twierdzenia i rokuje tej roślinie — dla jej zalet — szerokie zastosowanie w życiu codziennym.

Władysław Biernacki.

KOMUNIKATY

PORADNIA CHIRURGICZNA DLA CHORYCH PIERSIOWYCH

przy II Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu J. Pilsudskiego.

Z początkiem bieżącego roku akademickiego otwarta została przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P. (Elektoralna 12) Poradnia Chirurgiczna dla Chorych Piersiowych. Poradnia ta jest przeznaczona dla chorych ze wszelkimi cierpieniami narządów klatki piersiowej wymagającymi leczenia chirurgicznego, jak to — gruźlica płuc, ropnie płuc, rozszerzenie oskrzeli, ropne zapalenie opłucnej, guzy płuca i śródpiersia, choroby przełyku, niektóre choroby serca i osierdzia itp. Poradnia ma za zadanie: 1) rozpoznowanie cierpień narządów klatki piersiowej, wymagających leczenia chirurgicznego, 2) kwalifikowanie chorych do właściwych zabiegów operacyjnych, 3) stosowanie na miejscu wszelkich zabiegów rozpoznawczych (np. nakłucia badawcze płuca i opłucnej, bronchografia (i leczniczych) np. wyrwanie nerwu przeponowego) które mogą być wykonywane u chorych przychodzących. Poradnia jest pierwszą tego rodzaju placówką leczniczą w kraju.

Kierownikiem Kliniki jest Prof. Dr A. Wojciechowski, Kierownikiem Poradni — Doc. Dr Wł. Ostrowski.

Poradnia czynna będzie narazie we wtorki i soboty od 11 — 12.

*

„Kurs dla lekarzy z zakresu organizacji i działalności Ośrodków Zdrowia odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny w czasie od 7 do 26 listopada 1938 r. Zgłoszenia pisemne przyjmuje do dn. 25 października Sekretariat Szkoły, ul. Chocimska 24, Warszawa".

III KURS DOKSZTAŁCAJĄCY Z ZAKRESU POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII.

Sekcja Społeczna Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego, chcąc przyjść z pomocą w uzupełnieniu wiadomości z zakresu położnictwa i ginekologii licznym kolegom, zwłaszcza pracującym lub mającym zamiar pracować na prowincji, organizuje kurs z zakresu praktycznego położnictwa i ginekologii.

Początek kursu 3-go października rb.

Koniec kursu 26-go listopada rb.

Liczba słuchaczów ograniczona.

Teoretyczne wykłady w ilości 42 godzin, seminarium z położnictwa i ginekologii, ćwiczenia w operacjach położniczych na fantomach, grupami — odbędą się w Szpitalach i Zakładach Położniczych Miejskich pod kierunkiem ordynatorów i asystentów.

W czasie kursu uczestnicy podzieleni na grupy pracować będą w zakładach położniczych, oddziałach ginekologicznych i ambulatoriach przy czym przewidziane są dla nich dobowe dyżury w zakładach położniczych dla możliwie największego wyzyskania bieżącego materiału.

Opłata za cały kurs — 150.— złotych.

Koszt internatu (nieobowiązującego) wraz z utrzymaniem wyniesie miesięcznie około 100.— zł.

Colloquium nie będzie. Słuchacze po zakończeniu kursu otrzymają odpowiednie zaświadczenia.

Zgłaszający się otrzymają szczegółowy program wykładów i zajęć.

Kierownictwo kursu wystąpiło do Dep. Sł. Zdr. M. O. Sp. o przyznanie subsydium, które w razie uzyskania przeznaczy na stypendia dla niezamożnych uczestników kursu.

Na stypendiach reflektować mogą lekarze, pracujący w instytucjach państwowych lub samorządowych (Ośrodki Zdrowia, Szpitale Miejskie itp.).

Zgłoszenia na Kurs z nadmienieniem, czy kandydat reflektuje na internat należy nadsyłać pod adresem: Warszawa, Marszałkowska 42 m. 3, Dr P. Mężyński — do dnia 1.VIII. rb.

Ubiegający się o stypendium powinien podać wraz z krótkim życiorysem motywy oraz miejsce pracy (wskazać instytucję, w której się pracuje).

Prezes Warsz. Tow. Ginek.
Doc. Dr med. Henryk Gromadzki.
Przewodniczący Sekcji Społ. W. T. G.
Doc. Dr med. Tadeusz Zawodziński.
Sekretarz S. S. W. T. G.
Dr med. Piotr Mężyński.

ZJAZD LEKARZY POWIATOWYCH WOJEWÓDZTWA STANISŁAWOWSKIEGO.

Dnia 26 i 27 sierpnia 1938 r. odbył się w Morszynie zjazd lekarzy miejskich województwa stanisławowskiego.

Zjazd zagaił wojewoda gen. Pasławski, omawiając obszernie obowiązki, jakie ciążą na lekarzach

powiatowych, i wezwał ich do pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego osiedli.

Prof. dr Rencki, jako gospodarz Domu Zdrojowego, w którym Zjazd się odbywał, powitał obecnych i przedstawił po krótce prace i inwestycje na terenie Morszyna, a w szczególności budowę domu zdrojowego.

Inspektor Ministerstwa Opieki Społecznej, dr M. Zachert, powitał w imieniu Departamentu Służby Zdrowia, podkreślając jednocześnie znaczenie tego rodzaju zjazdów regionalnych dla podniesienia stanu zdrowotnego kraju.

Dr Borkowski, Naczelnik Wydziału Zdrowia, wygłosił referat p. t. „Stan zdrowotny województwa stanisławowskiego w r. 1937", z którego wynika, że liczba lekarzy w województwie jest niewystarczająca, ponieważ 1 lekarz obsługuje teren 89 km². Trudno jest o pozyskanie lekarzy okręgowych, niektóre powiaty nie mają zupełnie lekarzy okręgowych. Liczba lekarzy dla leczenia rolników jest skąpa. Pomieszczenie w szpitalach jest niewystarczające dla potrzeb ludności, gdyż na 10,000 ludności przypada 7 i 3/10 łóżka. Na terenie całego województwa jest 1090 łóżek, w tym 146 zakaźnych. Stosunek powyższy od 10 lat nie uległ poprawie. Praca w ośrodkach zdrowia nie jest jednolita, a niektóre z nich nie zdołały się wznieść ponad poziom ambulatoriów dla ubogich. Zauważa się wzrost zachorowań na dur plamisty i czerwonkę, przy czym liczba zachorowań na dur plamisty dochodzi do poziomu, jaki był w r. 1935. Na terenie województwa były 2 ekspedycje naukowe, a to w Nadwórnej i Sławsku (p. Stryj). Ekspedycja w Sławsku przeszczepiła ludność w 93%. Zwiększyły się również pokąsania przez psy wściekłe, przy czym były 3 zgony na wściekliznę. Zwiększyła się również liczba zachorowań na nagminne zapalenie opon mózgowych. Natomiast stwierdzić należy spadek zapalności zachorowań na dur brzuszny.

Akcja kolonijna objęła 16,293 dzieci. Bardzo dodatnio na ogólny rozwój dzieci wpłynęły punkty dożywiania, przy czym w roku sprawozdawczym korzystało z nich 24,839 dzieci.

Dr Lachowicz, kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny, zdał sprawozdanie z działalności filii Państwowego Zakładu Higieny w roku 1937. Stwierdza, że rozpoznanie duru plamistego i brzusznego potwierdzone badaniami sero-bakteriologicznymi wzrosło wybitnie. Należy dążyć, by każdy nosiciel duru brzusznego był badany. Szpitale nie dokonywają zupełnie badań ozdrowieńców na nosicielstwo przed wypisaniem ich ze szpitala.

Dr Hickiewicz, naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie, wygłosił referat o działalności Ubezpieczalni Społecznej w Stanisławowie za rok 1937. Stwierdził, że Ubezpieczalnia nie otrzymuje sprawozdań z subwencyj udzielanych instytucjom społecznym. Z powodu przepełnienia szpitali chorzy ubezpieczeniowi bronią się przed pójściem do niego, a często szpital samowolnie opuszczają. Dążyć należy do tego, by przychodnia gruźlicza w Stanisławowie przyjmowała gruźlików, którym kończy się okres świadczeń ubezpieczeniowych. Należy również dążyć do budowy izolatorium dla gruźlików.

Dr Radło omówił sprawę epidemiologii duru plamistego w Karpatach Wschodnich. Na podstawie obserwacyj i badań stwierdził, że ogniska endemiczne duru plamistego ciągną się od głównego gościńca w powiecie leskim aż do Czeremoszu. W województwie stanisławowskim jest 64 ognisk. Ogniska te mieszczą się w nizinach przytykających do gór i w górach. Omawia żywotność zarazka duru plamistego. Zapowiada przeprowadzenie dezynfekcji nowym gazem, który jest mniej toksyczny od cyjanowodoru, a silniejszy od siarki.

W roku 1939 nastąpią szczepienia całej ludności w ogniskach endemicznych.

Mgr. Perkowski z filii Państwowego Zakładu Higieny wygłosił referat „Kontrola okresowa wody".

Mgr Cichowski również z filii P. Z. H. omówił dozór nad artykułami żywności.

W drugim dniu zjazdu pierwszy wygłosił referat dyrektor międzykomunalnego Związku Karpat Wschodnich, J. Miketta, p. t. „Źródła mineralne województwa stanisławowskiego". Na terenie województwa jest ogółem zarejestrowanych 118 źródeł. W roku 1937 zorganizował Związek letniska wywczasowe dla pracowników fizycznych.

Dr Misiński wygłosił referat o walorach leczniczych Morszyna.

Dr Dąbrowski omówił opiekę nad matką i dzieckiem.

Inspektor starostw mgr Rusiński omówił organizowanie pracy lekarzy powiatowych w biurze i w terenie.

Dr Borkowski poruszył usterki w pracy lekarzy powiatowych.

Drugiego dnia uczestnicy zwiedzili szyb Bonifacego i przeróbkę soli morszyńskiej.

Plan działalności na przyszłość przewiduje ukończenie ośrodków zdrowia w Kosmaczu, Hryniawie, Kosowie, Worochcie i w Nadwórnej oraz powołanie do życia Stanisławowskiego Międzykomunalnego Związku Szpitalnictwa.

W obradach zjazdu wziął udział bawiący w Morszynie b. Minister Zdrowia Publicznego, Dr Chodźko.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.